República de Colombia

IMPRENTA NACIONAL

DIARIO OFICIAL

Libertad y Orden

Fundado el 30 de abril de 1864

Año CXLVIII No. 48.611 Edición de 24 páginas •Bogotá, D. C., domingo, 11 de noviembre de 2012 • I S S N 0122-2112

MINISTERIO DE CULTURA

RESOLUCIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO 2744 DE 2012

(octubre 30)

por la cual se fijan los lineamientos requeridos por el Ministerio de Cultura para la entrega de la Maleta de Películas a las entidades territoriales y/o Bibliotecas Públicas.

La Ministra de Cultura, en ejercicio de las atribuciones constitucionales y legales y en especial las que le confiere la Ley 397 de 1997, modificada por la Ley 1185 de 2008, sus Decretos Reglamentarios y en especial en desarrollo del artículo 12 de la Ley 1185 de 2008, y

CONSIDERANDO:

Que el artículo 70 de la Constitución Política señala como deber del Estado promover y fomentar el acceso a la cultura de todos los colombianos en igualdad de oportunidades, por medio de la educación permanente, la enseñanza científica, técnica, artística y profesional en todas las etapas del proceso de creación de la identidad nacional;

Que el artículo 71 ibídem establece que la búsqueda del conocimiento y la expresión artística son libres. Los planes de desarrollo económico y social incluirán el fomento a las ciencias y, en general, a la cultura. El Estado creará incentivos para personas e instituciones que desarrollen y fomenten la ciencia y la tecnología y las demás manifestaciones culturales y ofrecerá estímulos especiales a personas e instituciones que ejerzan estas actividades;

Que la Ley 397 de 1997, en su artículo 66, crea el Ministerio de Cultura, como el organismo rector de la cultura, encargado de formular, coordinar, ejecutar y vigilar la política del Estado en la materia, en concordancia con los programas y planes de desarrollo, según los principios de participación contemplados en esa ley;

Que el artículo 1° numeral 11 de la Ley 397 de 1997 define como principio fundamental el deber del Estado de fomentar la creación, ampliación y adecuación de la infraestructura artística y cultural y garantizar el acceso de todos los colombianos a la misma;

Que el artículo 40 de la Ley 397 de 1997, determina que el Estado, a través del Ministerio de Cultura, de Desarrollo Económico, y de Hacienda y de Crédito Público, fomentará la conservación, preservación y divulgación, así como el desarrollo artístico e industrial de la cinematografía colombiana como generadora de una imaginación y una memoria colectiva propias y como medio de expresión de nuestra identidad nacional;

Que la Dirección de Cinematografía del Ministerio de Cultura, tiene como misión la de propender por un país con una cultura audiovisual propia y estable, con logros y propuestas para el mejoramiento de la calidad del lenguaje de imágenes en movimiento y con viabilidad industrial que garantice su permanencia en el tiempo;

Que para cumplir con su Misión, la Dirección de Cinematografía desarrolla diversos programas que inciden en la investigación, legislación, formación, producción, infraestructura, difusión, distribución, exhibición y conservación de la industria cinematográfica;

Que el artículo 12 de la Ley 1185 de 2008, faculta a la Dirección de Cinematografía del Ministerio de Cultura para hacer entrega de materiales pedagógicos a entidades públicas y sin ánimo de lucro para contribuir a la circulación de contenidos cinematográficos;

Que la Dirección de Cinematografía desarrolla estrategias y programas en los diferentes eslabones de la cadena cinematográfica y audiovisual, que se articulan para ofrecer de manera integral oportunidades de gestión, formación para la creación, formación de públicos, circulación de contenidos audiovisuales y cinematográficos, investigación, gestión audiovisual, preservación del patrimonio audiovisual y acceso a la cultura cinematográfica y audiovisual a personas y organizaciones dispuestas a construir y fortalecer procesos audiovisuales desde distintos niveles de desarrollo;

Que la Dirección de Cinematografía ha desarrollado un Programa de Circulación contenidos y formación de públicos que tiene como objetivo ampliar la oferta de cine colombiano en el país a través de bibliotecas, centros culturales y académicos con la colección Maletas de Películas que consta de:

• 118 cajas

• Una cartilla con el desarrollo de conceptos cinematográficos claves para la implementación de procesos de formación de públicos.

• Un CD multimedia con clips que acompañan los conceptos desarrollados en la cartilla y que contiene una guía de programación cuya utilidad es ofrecer diversas posibilidades de programación; ya sea por subcolecciones, públicos o géneros, entre otros.

• Un estuche de madera Dimensiones: Ancho 49 cm / Profundidad 30 cm / Altura 29,5 cm y materiales: Triplex (pino) 18 mm Corte CNC. Sellador y laca natural mate. Acrílico 3 mm Corte CNC incrustación en color.

• 118 películas en DVD;

Que para dar cumplimiento a los anteriores preceptos constitucionales y legales y acatando los principios de igualdad, moralidad, celeridad, economía, imparcialidad, eficacia, eficiencia, responsabilidad y transparencia, es necesario mediante el presente acto administrativo fijar los presupuestos básicos requeridos por el Ministerio de Cultura para la entrega de las Maletas de Películas y determinar la dependencia que al interior del Ministerio de Cultura debe velar por el cumplimiento de los presupuestos establecidos mediante la presente resolución;

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1°. *Lineamientos para la dotación de las Maletas de Películas.* Fijar los lineamientos básicos para la entrega de las dotaciones de las Maletas de Películas con destino a las entidades territoriales y/o a las Bibliotecas Públicas que hacen parte de la Red Nacional de Bibliotecas Públicas.

Artículo 2°. *Requisitos básicos para ser beneficiario de la dotación de Maletas de Películas.* Para ser beneficiario de la dotación de las Maletas de Películas, las entidades territoriales y/o Bibliotecas Públicas, deberán cumplir con los siguientes requisitos:

I. **Requisitos básicos:**

Para lograr la realización y sostenibilidad de los procesos de formación de públicos y la circulación de contenidos cinematográficos y audiovisuales que se pretenden llevar a cabo con las Maletas de Películas, es necesario que las bibliotecas públicas y/o las entidades territoriales cuenten con:

a) Infraestructura física y técnica mínima (televisor, reproductor de DVD, lugar de proyección) y el equipo humano básico (persona encargada de programar las películas y de hacer uso del material pedagógico de apreciación audiovisual) para llevar a cabo dichos procesos;

b) Contar con la capacidad para promover y difundir las actividades que se ejecuten con la dotación de la Maleta de Películas;

c) Las Bibliotecas Públicas Municipales que se beneficien con la Maleta de Películas deberán estar legalmente constituidas a través de un acuerdo municipal. En el caso de las bibliotecas departamentales, estas deberán estar creadas mediante ordenanza sancionada por la Asamblea Departamental (artículo 15 de la Ley 1379 de 2010);

d) La Biblioteca debe estar abierta al público, de manera gratuita, para uso de toda la población, sin discriminación de ninguna especie, y prestar los servicios básicos contemplados en la Ley 1379 de 2010;

e) La Biblioteca debe estar inscrita en la Red Nacional de Bibliotecas Públicas, RNBP - conforme lo dispone la Ley 1379 de 2010.

Artículo 3°. *Acta de entrega y compromiso.* La dotación de las Maletas de Películas se realizará mediante acta de entrega y carta de compromiso que suscribirá el Alcalde o el representante legal beneficiario de la dotación, quien con su suscripción, declara que conoce el contenido de la presente resolución y se obliga a darle estricto cumplimiento.

LA IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

Informa que como lo dispone el Decreto número 53 de enero 13 de 2012, artículo 3°, del Departamento Nacional de Planeación, a partir del 1° de junio de 2012 los contratos estatales no requieren publicación ante la desaparición del Diario Único de Contratación Pública".

DIARIO OFICIAL
Fundado el 30 de abril de 1864
Por el Presidente **Manuel Murillo Toro**
Tarifa postal reducida No. 56

DIRECTOR (e.): **ERNESTO CAMACHO BALBRINK**

MINISTERIO DEL INTERIOR
IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
ERNESTO CAMACHO BALBRINK
Gerente General (e.)

Carrera 66 Nº 24-09 (Av. Esperanza-Av. 68) Bogotá, D. C. Colombia
Conmutador: PBX 4578000.

e-mail: **correspondencia@imprenta.gov.co**

En el evento de que el Alcalde o el representante legal no suscriba el acta de entrega y la carta de compromiso, se entenderá que la Biblioteca Pública o la entidad territorial desiste del beneficio de la dotación de la Maleta de Películas.

Artículo 4°. *Obligaciones de las bibliotecas públicas y las entidades territoriales beneficiadas con la dotación*. La Biblioteca Pública o la entidad territorial beneficiada de la dotación de la Maleta de Películas, que entrega el Ministerio de Cultura, al recibir la dotación y suscribir el acta de entrega y la carta de compromiso, debe acatar y desarrollar las obligaciones y compromisos que aquí se enuncian y en especial cumplir con las siguientes obligaciones:

1. Incorporar en el inventario del ente territorial dotaciones entregadas por parte del Ministerio de Cultura e incluirlas en los registros contables del municipio.

2. Devolver la carta de compromiso y el acta de entrega firmadas por el Alcalde o el representante legal de la Biblioteca Pública o entidad territorial, al término de la recepción de la maleta de películas con la misma compañía que prestó el servicio de transporte.

3. Atender las visitas de gestión y asesoría realizadas por el Ministerio de Cultura y cumplir con las recomendaciones realizadas para el adecuado funcionamiento de la Biblioteca y de la prestación de los servicios.

4. Desarrollar procesos de formación de públicos hasta diciembre de 2014 según lo estipulado en el acta de entrega.

5. Comprometerse a respetar los derechos de exhibición pública gratuita adquiridos por el Ministerio de Cultura hasta diciembre de 2014 en local o en espacio abierto. Las obras audiovisuales de la Maleta no podrán ser copiadas, alquiladas o exhibidas por otras ventanas como televisión, internet, entre otras, ni se podrá hacer ningún tipo de cobro o pago de derechos por la exhibición.

6. Conservar la Maleta de Películas y en caso de entregar en préstamo uno o varios títulos de la Maleta de Películas garantizar que se respeten los derechos de exhibición pública gratuita.

7. Aceptar como supervisor por parte del Ministerio de Cultura, al Director de Cinematografía o a quien este delegue.

8. No ceder en ningún caso la Maleta de Películas como proyecto de formación de públicos a terceros.

9. Ofrecer una programación de cine colombiano, títulos pertenecientes a la Maleta de Películas, en el marco de la celebración de la Semana del Cine Colombiano a realizarse en los años venideros, previa confirmación e invitación del Ministerio de Cultura.

10. La entidad designará una persona responsable de la ejecución del programa.

11. Entregar un (1) informe a la Dirección de Cinematografía del Ministerio de Cultura seis (6) meses calendario después de recibida la Maleta de Películas en copia impresa y digital.

12. Otorgar crédito al Ministerio de Cultura en todas las actividades desarrolladas o material publicado, en la ejecución de este programa.

13. Mantener indemne al Ministerio de Cultura ante cualquier reclamación proveniente de terceros que tenga como causa el uso indebido del material audiovisual entregado.

Parágrafo 1°. En caso de incumplimiento por parte de la Biblioteca o la entidad territorial de alguno de los lineamientos establecidos, deberán reintegrar los bienes entregados, sin perjuicio de que el Ministerio de Cultura informe sobre el mismo, a los organismos de control.

Parágrafo 2°. El incumplimiento de las limitaciones sobre el uso de la Maleta de Películas y del material impreso y multimedia que la acompaña, será sancionado civil o penalmente conforme a la Ley 23 de 1982 (derechos de autor).

Artículo 5°. *Delegación en la Directora de Cinematografía del Ministerio de Cultura de Colombia.* Delegar en el(la) Director(a) de la Dirección de Cinematografía la coordinación, supervisión y cumplimiento del presente acto administrativo.

Artículo 6°. *Conformación de la lista de beneficiarios*. La Dirección de Cinematografía y la Biblioteca Nacional conformará el listado de las bibliotecas aptas para recibir las Maletas de Películas, previo análisis de los requisitos establecidos en el artículo segundo de la presente resolución.

Artículo 7°. *Vigencia*. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y forma parte integral de ella, el acta de entrega y la carta de compromiso de dotación de la Maleta de Películas.

Publíquese, comuníquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 30 de octubre de 2012.

La Ministra de Cultura,

Mariana Garcés Córdoba.

CARTA DE COMPROMISO SUSCRITA POR BIBLIOTECA PÚBLICA (NOMBRE DE LA BIBLIOTECA PÚBLICA) ANTE EL MINISTERIO DE CULTURA DE COLOMBIA

(NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL) identificado(a) con C. C. N° (CÉDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL) en calidad de representante legal de la BIBLIOTECA PÚBLICA (NOMBRE DE LA BIBLIOTECA PÚBLICA) con **NIT** (NIT DE LA BIBLIOTECA PÚBLICA), beneficiaria de una Maleta de Películas, entregada mediante acta del (DÍA) del (MES) de 2012, me comprometo a cumplir con las siguientes obligaciones:

Aceptar lo correspondiente a la entrega de la **Maleta de Películas** la cual está compuesta por:

• 118 películas en DVD cuyos títulos están consignados en el acta de entrega.

• 118 cajas .

• Una cartilla con el desarrollo de conceptos cinematográficos claves para la implementación de procesos de formación de públicos.

• Un CD multimedia con clips que acompañan los conceptos desarrollados en la cartilla.

• Una guía de categorías de clasificación de las películas, cuya utilidad es ofrecer diversas posibilidades de programación; ya sea por subcolecciones, públicos o géneros, entro otros.

• Un estuche de madera Dimensiones: Ancho: 49 cm / Profundidad 30 cm / Altura 29,5 cm y de materiales: Triplex (pino) 18 mm. Corte CNC. Sellador y laca natural mate. Acrílico 3 mm. Corte CNC incrustación en color.

1. Firmar carta de compromiso y entregar copia del RUT.

2. Desarrollar procesos de formación de públicos hasta diciembre de 2014 según lo estipulado en el acta de entrega.

3. Comprometerse a respetar los derechos de exhibición pública gratuita adquiridos por el Ministerio de Cultura hasta diciembre de 2014 en local o en espacio abierto. Las obras audiovisuales de la Maleta de Películas no podrán ser copiadas, alquiladas o exhibidas por otras ventanas como televisión, internet, entre otras, ni se podrá hacer ningún tipo de cobro o pago de derechos por la exhibición.

4. Conservar la Maleta de Películas y en caso de entregar en préstamo uno o varios títulos garantizar que se respeten los derechos de exhibición pública gratuita.

5. Aceptar como supervisor por parte del Ministerio de Cultura, ya sea el Director de Cinematografía o a quien este delegue.

6. No ceder en ningún caso la Maleta de Películas como proyecto de formación de públicos a terceros.

7. Ofrecer una programación de cine colombiano, títulos pertenecientes a la Maleta de Películas, en el marco de la celebración de la Semana del Cine Colombiano que a realizarse en los años venideros, previa confirmación e invitación del Ministerio de Cultura.

8. La entidad designará una persona responsable de la ejecución del programa.

9. Entregar un (1) informe a la Dirección de Cinematografía del Ministerio de Cultura seis (6) meses calendario después de recibida la Maleta de Películas en copia impresa y digital.

10. Otorgar crédito al Ministerio de Cultura en todas las actividades desarrolladas o material publicado, a lo largo de este programa.

11. Mantener indemne al Ministerio de Cultura ante cualquier reclamación proveniente de terceros que tenga como causa el uso indebido del material audiovisual entregado.

12. En caso de incumplimiento por parte de la Biblioteca o la entidad territorial de alguno de los lineamientos establecidos, deberán reintegrar los bienes entregados, sin perjuicio de que el Ministerio de Cultura informe sobre el mismo, a los organismos de control.

El incumplimiento de las limitaciones sobre el uso de la Maleta de Películas y del material impreso y multimedia que la acompaña, será sancionado civil o penalmente conforme a la Ley 23 de 1982.

La presente se firma a los **(DÍA)** días del mes de **(MES)** del año **2012.**

Firma _____

(NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL)

C.C. N° (CÉDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL)

Datos de contacto:

ACTA DE ENTREGA Y RECIBO

MALETA DE PELÍCULAS

ADELFA MARTÍNEZ BONILLA, identificada con la cédula de ciudadanía número 31950115 expedida en la ciudad de Cali, en su calidad de **DIRECTORA DE CINEMATOGRAFÍA DEL MINISTERIO DE CULTURA**, en cumplimiento del artículo 12 de la Ley 1185 de 2008, por el cual se faculta a la Dirección de Cinematografía del Ministerio de Cultura a hacer entrega de materiales pedagógicos a entidades públicas y sin ánimo de lucro para contribuir a la circulación de contenidos cinematográficos, y después de hacer una selección en conjunto con la Biblioteca Nacional según criterios de distribución geográfica en los 32 departamentos, infraestructura y organización mínima para el desarrollo de las proyecciones de las obras cinematográficas y capacidad para generar empoderamiento en la comunidad para el desarrollo de proyectos de apreciación audiovisual, procede a hacer la entrega de una (1) Maleta de Películas, a nombre del representante legal (NOMBRE DEL REPRESENTANTE

LEGAL) con la cédula de ciudadanía N° (CÉDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL), en calidad de representante legal de BIBLIOTECA PÚBLICA (NOMBRE DE LA BIBLIOTECA PÚBLICA), con NIT (NIT DE LA BIBLIOTECA PÚBLICA). La Maleta de Películas consta del siguiente contenido:

• 118 cajas

• Una cartilla con el desarrollo de conceptos cinematográficos claves para la implementación de procesos de formación de públicos.

• Un CD multimedia con clips que acompañan los conceptos desarrollados en la cartilla y que contiene una guía de programación cuya utilidad es ofrecer diversas posibilidades de programación; ya sea por subcolecciones, públicos o géneros, entro otros.

• Un estuche de madera Dimensiones: Ancho: 49 cm / Profundidad 30 cm / Altura 29,5 cm y de materiales: Triplex (pino) 18 mm. Corte CNC. Sellador y laca natural mate. Acrílico 3 mm. Corte CNC incrustación en color.

• 118 películas en DVD cuyos títulos son los siguientes:

1. Andar con Tacto
2. Andrés Caicedo: Unos Pocos Buenos Amigos
3. Aquel 19
4. Bochinche en el Barrio Arriba
5. Bolívar soy yo
6. Cada voz lleva su angustia
7, Camilo el cura guerrillero
8. Carlos Mayolo de película
9. Carnaval de Diablo Parte 1 y Carnaval de Diablo Parte 2
10. Carne de tu carne
11. Cóndores no entierran todos los días
12. Cristóbal Colón
13. Curso 29
14. Discreto Encanto
15. El Guacamaya
16. El Pasajero de la Noche
17. El último carnaval
18. Kalibre 35
19. La Boda del Acordeonista
20. La desazón suprema
21. La historia del Baúl Rosado
22. La mansión de Araucaima
23. La Mirada de Miryam
24. La Primera Noche
25. La vendedora de rosas
26. Lenguaje maestro
27. Los Habitantes de la Noche
28. Los Músicos
29. Los niños invisibles
30. Lunes de Feria
31. María Cano
32. Nuestra voz de tierra, memoria y futuro
33. Pilanderas, Farotas y Tamboras
34. Rodrigo D no futuro
35. Soñar no cuesta nada
36. Soplo de vida
37. Tiempo de morir
38. Un tigre de papel
39. El pescador de estrellas
40. El último colono
41. Este pueblo necesita un muerto
42. Exiliados en exilio
43. Infierno inolvidable
44. Juanito bajo el naranjo
45. La quinta opción
46. La serenata
47. Los hijos de Benkos
48. No todos los ríos van al mar
49. Pisingaña
60. Pura Sangre
51. Sin decir nada
52. Terminal
53. Xpectativa
54. ¿Quién diablos es Juliette?
55. Ana y los otros
56. Cuestión de fe
57. Dios se lo pague
58. El Violín
59. Eva perón
60. Historias mínimas
61. La ciénaga
62. Lucía
63. Machuca
64. Memorias del subdesarrollo
65. Mundo grúa
66. Pizza, birra y faso
67. Viridiana
66. Whisky
69. Agua
70. Bailarina en la Oscuridad
71. Blow Up
72. Bowling for Columbine
73. Cantando bajo la lluvia
74. Celebración
75. Ciudadano Kane
76. Drácula
77. El acorazado de Potémkin
78. El arco
79. El baño
80. El Bola
81. El chico
82. El gran dictador
83. El halcón maltés
84. El hombre sin pasado
85. El increíble castillo vagabundo
86. El mago de Oz
87. El niño
88. El odio
89. El viaje de Chihiro
90. El viento que acaricia el prado
91. Flores Rotas
92. Génesis
93. Himalaya
94. Kirikou y la hechicera
95. La revelación de Sara
96. La travesía del emperador
97. La vida de los otros
98. Las mujeres de verdad tienen curvas
99. Las tortugas también vuelan
100. Las trillizas de Belleville
101. Los 400 golpes
102. Los lunes al sol
103. Metrópolis
104. Mi tío
105. Nosferatu
106. Ocho y medio
107. Promesas
108. Psicosis
109. Rashomon
110. Rebelde sin causa
111. Reconstrucción
112. Roma ciudad abierta

113. Ser y tener

114. Sin aliento

115. Tiempos modernos

116. Tuvalu

117. Un tranvía llamado deseo

118. El maquinista de la generala (La generala).

De conformidad con los derechos de exhibición adquiridos por el Ministerio de Cultura, las entidades favorecidas con la entrega de la Maleta de Películas están obligadas a respetar los derechos de exhibición pública gratuita en local o en espacio abierto hasta diciembre de 2014.

Las obras audiovisuales de la Maleta no podrán ser copiadas, alquiladas o exhibidas por otras ventanas como televisión, Internet, entre otras, ni se podrá hacer ningún tipo de cobro o pago de derechos por la exhibición. Después de diciembre de 2014 las obras solo podrán usarse para consulta y referencia con fines culturales.

El participante además se compromete a la retroalimentación de las actividades de formación de públicos que realizará con la Maleta de Películas, tales como ciclos y eventos relacionados.

El incumplimiento de las limitaciones sobre el uso de la Maleta de Películas y del material impreso y multimedia que la acompaña, será sancionado civil o penalmente conforme a la Ley 23 de 1982.

Para efectos de los trámites de ingreso administrativo a la entidad que recibe, el costo de cada maleta asciende a siete millones de pesos ($7.000.000) moneda corriente. En este monto están cuantificados tanto los tangibles (materiales físicos) como los (derechos de exhibición, componente pedagógico, diseño gráfico, entre otros).

No siendo otro el objeto de la presente diligencia, se termina y se firma por los que en ella intervinieron, a los (DÍA) días del mes de (MES) de 2012.

ADELFA MARTÍNEZ BONILLA

Directora de Cinematografía

Ministerio de Cultura

(NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL)

Representante legal

Municipio de (NOMBRE DEL MUNICIPIO)

Biblioteca Pública (NOMBRE DE LA BIBLIOTECA PÚBLICA)

(C. F.).

RESOLUCIÓN NÚMERO 2745 DE 2012

(octubre 30)

por la cual se modifica la Resolución número 1766 del 13 de agosto de 2012.

La Ministra de Cultura, en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, y en especial las conferidas en la Ley 397 de 1997, y

CONSIDERANDO:

Que mediante Resolución número 0724 del 7 de mayo de 2012, se ordenó la apertura de la Convocatoria para conformar el "Coro Juvenil de Colombia - Ministerio de Cultura" y en la misma se establecieron los requisitos generales de participación;

Que la Resolución número 1766 del 13 de agosto de 2012, acogió la recomendación efectuada por los jurados de la Convocatoria "Coro Juvenil de Colombia - Ministerio de Cultura" y en consecuencia se seleccionaron cien 100 jóvenes;

Que en el artículo 2° de la citada Resolución número 1766 de 2012, se establecieron los requisitos generales de la convocatoria, entre los cuales se encontraba el siguiente:

"II. Características de la convocatoria:

C. Rango de edades:

Por razones técnicas y pedagógicas, se convoca a niños entre 10 y 13 años (nacidos desde el 7 de mayo de 1999 hasta el 6 de mayo de 2002), con el fin de no mezclar voces blancas con voces en proceso de cambio. En el caso femenino, la convocatoria va dirigida desde niñas de 10 años hasta adolescentes de 16 años (nacidas desde el 7 de mayo de 1996 hasta el 6 de mayo de 2002.

(...)

VI. Causales de rechazo:

• No estar en el rango de edad requerido por la convocatoria";

Que la Dirección de Artes, mediante oficio radicado con el número MC234374, solicita modificar la Resolución número 1766 de 2012, dado que revisados los documentos de identificación de los participantes que se mencionan a continuación, deben ser remplazados por incumplimiento de los requisitos mencionados en la Resolución número 724 de 2012, respecto de las edades:

NOMBRES	APELLIDOS	DOC. IDENTIDAD	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
Sandra	Arce Mena	1003970691	Chocó	Quibdó
Karol Lizeth	Casanova Santos	1006507545	Caquetá	Florencia
Esmeralda	Gil Cano	1001016097	Antioquia	Medellín
Diana Marcela	Gil Sánchez	95100201578	Cundinamarca	Tocancipá
Juan José	Herrera Lopera	1001538925	Antioquia	Envigado
Luisa Alejandra	Martínez Cortés	1006180409	Valle del Cauca	Cali
Laura Mariana	Mejía Valencia	1193084927	Caldas	Chinchiná

Que los anteriores participantes, deben ser remplazados en orden estricto de acuerdo a la selección realizada por los jurados, de fecha 28 de julio de 2012, así:

NOMBRE	APELLIDOS	DOC. IDENTIDAD	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
Laura Valeria	Arias Castillo	99012412599	Risaralda	Pereira
Diana Carolina	Castro Nieto	96122707935	Bogotá	Bogotá
María Victoria	Cervantes Bermúdez	1001878231	Atlántico	Soledad
Juan Camilo	Giraldo Hernández	1006504997	Caquetá	Florencia
Diana Carolina	Monroy Rodríguez	1010003544	Bogotá	Bogotá
Stephany	Ospina Osorio	99061809615	Valle del Cauca	Cali
Juliana	Ramírez Guerrero	97111304614	Risaralda	Pereira

Que igualmente, la Dirección de Artes, informa, en el Oficio número MC234374 que se retiraron por decisión de los padres o acudientes los siguientes participantes:

NOMBRE	APELLIDOS	DOC. IDENTIDAD	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
Juan Camilo	Barrios Pulecio	1000373018	Bogotá	Bogotá
Valeria	Riaño Vallejo	98120714635	Caldas	Chinchiná

Que los anteriores cupos liberados, serán remplazados por los siguientes participantes de acuerdo a la selección de los jurados, así:

NOMBRE	APELLIDOS	DOC. IDENTIDAD	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
Isabel	Gonzales Vargas	1000306378	Antioquia	Medellín
Laura	Tamayo Flórez	98071450694	Antioquia	Medellín

Que igualmente se hace necesario, realizar unos ajustes en cuanto a los nombres, departamentos o documentos de identidad de los siguientes jóvenes:

NOMBRE	APELLIDOS	DOC. IDENTIDAD	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
Mariana	Betancur Cárdenas	1001131593	Antioquia	Medellín
José Martín	Burbano Tobar	1193265863	Nariño	Pasto
Mariana	Contreras Ávila	1192713957	Antioquia	Bello
Santiago	Nieto Sepúlveda	1193573097	Risaralda	Pereira
Marian Janile	Yagué Flórez	98092557570	Caquetá	Florencia

Que la Directora de Artes certifica que los ganadores de la convocatoria cumplieron con los requisitos generales y específicos de participación y no se encuentran inhabilitados para conformar el Coro Juvenil de Colombia – Ministerio de Cultura;

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1°. De conformidad con la parte motiva de la presente resolución, modificar el cuadro de ganadores de la Convocatoria "Coro Juvenil de Colombia – Ministerio de Cultura", establecido en el artículo 1° de la Resolución número 1766 del 13 de agosto de 2012, en el siguiente sentido:

Excluir por incumplimiento de los requisitos mencionados en la Resolución número 724 de 2012 de la lista de ganadores a los siguientes participantes:

NOMBRES	APELLIDOS	DOC. IDENTIDAD	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
Sandra	Arce Mena	1003970691	Chocó	Quibdó
Karol Lizeth	Casanova Santos	1006507545	Caquetá	Florencia
Esmeralda	Gil Cano	1001016097	Antioquia	Medellín
Diana Marcela	Gil Sánchez	95100201578	Cundinamarca	Tocancipá
Juan José	Herrera Lopera	1001538925	Antioquia	Envigado
Luisa Alejandra	Martínez Cortés	1006180409	Valle del Cauca	Cali
Laura Mariana	Mejía Valencia	1193084927	Caldas	Chinchiná
Juan Camilo	Barrios Pulecio	1000373018	Bogotá	Bogotá
Valeria	Riaño Vallejo	98120714635	Caldas	Chinchiná

Incluir en el cuadro de seleccionados a los siguientes participantes:

NOMBRE	APELLIDOS	DOC. IDENTIDAD	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
Laura Valeria	Arias Castillo	99012412599	Risaralda	Pereira
Diana Carolina	Castro Nieto	96122707935	Bogotá	Bogotá
María Victoria	Cervantes Bermúdez	1001878231	Atlántico	Soledad
Juan Camilo	Giraldo Hernández	1006504997	Caquetá	Florencia
Diana Carolina	Monroy Rodríguez	1010003544	Bogotá	Bogotá
Stephany	Ospina Osorio	99061809615	Valle del Cauca	Cali
Juliana	Ramírez Guerrero	97111304614	Risaralda	Pereira

NOMBRE	APELLIDOS	DOC. IDENTIDAD	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
Isabel	Gonzales Vargas	1000306378	Antioquia	Medellín
Laura	Tamayo Flórez	98071450694	Antioquia	Medellín

Artículo 2°. Modificar en el sentido de corregir la identificación en el cuadro de seleccionados, a los siguientes participantes:

NOMBRE	APELLIDOS	DOC. IDENTIDAD	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
Mariana	Betancur Cárdenas	1001131593	Antioquia	Medellín
José Martín	Burbano Tobar	1193265863	Nariño	Pasto
Mariana	Contreras Ávila	1192713957	Antioquia	Bello
Santiago	Nieto Sepúlveda	1193573097	Risaralda	Pereira
Marian Janile	Yagué Flórez	98092557570	Caquetá	Florencia

Artículo 3°. Los demás artículos no modificados de la Resolución número 1766 del 13 de agosto de 2012, continúan iguales.

Artículo 4°. Notificar personalmente la presente resolución a los padres o acudientes de los menores de edad mencionados en el cuadro de participantes excluidos.

Artículo 5°. La presente resolución rige a partir de la fecha de la notificación a cada uno de los padres o acudientes y contra la misma procede el recurso de reposición, que se podrá interponer dentro de los diez (10) días siguientes a su notificación.

Publíquese, comuníquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 30 de octubre de 2012.

La Ministra de Cultura,

Mariana Garcés Córdoba.

(C. F.).

RESOLUCIÓN NÚMERO 2752 DE 2012

(octubre 31)

por la cual se acoge el acta del veredicto de los jurados para la convocatoria del capítulo de Artes: Becas de circulación nacional e internacional para artistas y agentes de las artes visuales – III Ciclo y se ordena el desembolso de los estímulos a favor de los ganadores.

La Ministra de Cultura, en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, y en especial las conferidas en la Ley 397 de 1997, y

CONSIDERANDO:

Que mediante Resolución número 0126 del 31 de enero de 2012, se ordenó la apertura de las Convocatorias de Estímulos 2012 del Ministerio de Cultura, y se estableció que los requisitos generales y bases específicas de participación de cada una de las convocatorias serían las establecidas en el documento denominado **"Convocatoria de Estímulos 2012";**

Que mediante Resolución número 0588 del 18 de abril de 2012, se designaron como jurados para la convocatoria *"Becas de circulación nacional e internacional para artistas y agentes de las artes visuales"*, a las siguientes personas:

Convocatoria	Área	Nombres	D. I.	Ciudad	Pago
Becas de circulación nacional e internacional para artistas y agentes de las artes visuales	Artes Visuales	Ana María Montenegro Jaramillo	C. C. 1019011484	Bogotá	$4.000.000
		Beatriz Eugenia Díaz Bejarano	C. C. 51883130	Bogotá	$4.000.000
		Andrés Humberto García La Rota	C. C. 80504401	Bogotá	$4.000.000

Que reunidos en la ciudad de Bogotá, D. C., el día veinticinco (25) de octubre de 2012, se dio lectura al instructivo para jurados, las bases de convocatoria *"Becas de circulación nacional e internacional para artistas y agentes de las artes visuales - III Ciclo"* y los requisitos generales de participación, y después de haber realizado de manera independiente la evaluación de las propuestas participantes en la convocatoria, los jurados recomendaron por unanimidad otorgar el estímulo a:

Ganadores:

Rad. N°	Tipo de participante	Nombre, nombre Del grupo	Nombre del representante del grupo	Documento de Identificación	Proyecto	Valor del estímulo	CDP
3344	Persona Natural	Ivonne Viviana Villamil Rodríguez	No aplica	C. C. 53009836	Proyecto Campohermoso	1.000.000	21812 del 26 de enero de 2012
3409	Persona Natural	Florencia Mora Anto	No aplica	C. C. 37830097	Taller teórico/práctico de Meditación Cultural – Escuela de Mediadores	3.000.000	21812 del 26 de enero de 2012
3414	Persona Natural	Jaes Caicedo Castillo	No aplica	C. C. 94518024	Taller teórico/práctico de Meditación Cultural – Escuela de Mediadores	3,000.000	21812 del 26 de enero de 2012
3421	Persona Natural	Liliana Mercedes Sánchez Rojas	No aplica	C. C. 52528279	Residencia artística	4.000.000	21812 del 26 de enero de 2012
3444	Persona Natural	Alexandra Mc'cormick Ramírez	No aplica	C. C. 52451375	¿Por qué el cielo no es amarillo?	1.000.000	21812 del 26 de enero de 2012
3449	Persona Natural	Andrés Mauricio Buitrago Tejada	No aplica	C. C. 80871457	"Un paraíso llamado Colombia… "Retóricas del Paisaje Nacional a comienzos del siglo XXI"	4.000.000	21812 del 26 de enero de 2012
3452	Grupo Constituido	Miami	Juan Sebastián Peláez Posada	C. C. 80133713	Nado sincronizado en mar abierto	2.000.000	21812 del 26 de enero de 2012
3459	Persona Natural	Andrés Jurado Uribe	No aplica	C. C. 80032222	Haemagogia	4.000.000	21812 del 26 de enero de 2012

Que los recursos para otorgar los estímulos a los ganadores de la convocatoria *"Becas de circulación nacional e internacional para artistas y agentes de las artes visuales – III Ciclo"* se atenderán con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal número 21812 del 26 de enero de 2012;

Que la Coordinadora del Programa Nacional de Estímulos certifica que los ganadores de la convocatoria cumplieron con los requisitos generales y específicos de participación y no se encuentran inhabilitados para recibir el estímulo de la convocatoria *"Becas de circulación nacional e internacional para artistas y agentes de las artes visuales - III Ciclo";*

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1°. Acoger la recomendación efectuada por los jurados de la convocatoria *"Becas de circulación nacional e internacional para artistas y agentes de las artes visuales - III Ciclo"* y en consecuencia seleccionar como ganadores a los participantes que se relacionan a continuación:

Ganadores:

Rad. N°	Tipo de participante	Nombre, nombre del grupo	Nombre del Representante del grupo	Documento de Identificación	Proyecto	Valor del Estímulo	CDP
3344	Persona Natural	Ivonne Viviana Villamil Rodríguez	No aplica	C. C. 53009836	Proyecto Campohermoso	1.000.000	21812 del 26 de enero de 2012
3409	Persona Natural	Florencia Mora Anto	No aplica	C. C. 37830097	Taller teórico/práctico de Meditación Cultural – Escuela de Mediadores	3.000.000	21812 del 26 de enero de 2012
3414	Persona Natural	Jaes Caicedo Castillo	No aplica	C. C. 94518024	Taller teórico/práctico de Meditación Cultural – Escuela de Mediadores	3,000.000	21812 del 26 de enero de 2012
3421	Persona Natural	Liliana Mercedes Sánchez Rojas	No aplica	C. C. 52528279	Residencia artística	4.000.000	21812 del 26 de enero de 2012
3444	Persona Natural	Alexandra Mc'cormick Ramírez	No aplica	C. C. 52451375	¿Por qué el cielo no es amarillo?	1.000.000	21812 del 26 de enero de 2012
3449	Persona Natural	Andrés Mauricio Buitrago Tejada	No aplica	C. C. 80871457	"Un paraíso llamado Colombia… "Retóricas del Paisaje Nacional a comienzos del siglo XXI"	4.000.000	21812 del 26 de enero de 2012
3452	Grupo Constituido	Miami	Juan Sebastián Peláez Posada	C. C. 80133713	Nado sincronizado en mar abierto	2.000.000	21812 del 26 de enero de 2012
3459	Persona Natural	Andrés Jurado Uribe	No aplica	C. C. 80032222	Haemagogia	4.000.000	21812 del 26 de enero de 2012

Artículo 2°. El pago del estímulo se hará en la siguiente forma, previa disponibilidad de los recursos de acuerdo al Programa Anual de Caja (PAC) asignado al Ministerio de Cultura:

• El 80% previa expedición y comunicación del acto administrativo mediante el cual se designan los ganadores y la entrega oportuna de los documentos solicitados en el artículo 3° de la presente resolución.

• El 20% previa presentación del informe final y sus correspondientes anexos.

Artículo 3°. El pago del estímulo para los ganadores de las convocatorias estará sujeto al envío previo de los siguientes documentos al Programa Nacional de Estímulos: certificación bancaria, certificación de afiliación activa a salud (personas naturales), formato de radicación a terceros firmado y póliza de cumplimiento constituida a favor del Ministerio de Cultura en una compañía legalmente establecida en Colombia y aprobada por la Superintendencia Financiera, que ampare el riesgo de incumplimiento general del proyecto por una suma equivalente al diez por ciento (10%) del valor del estímulo y con una vigencia igual a su duración y cuatro (4) meses más.

Artículo 4°. Los recursos para otorgar los estímulos a los ganadores de la convocatoria *"Becas de circulación nacional e internacional para artistas y agentes de las artes visuales - III Ciclo* ", se atenderán con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal número 21812 del 26 de enero de 2012.

Artículo 5°. Son deberes de los ganadores de la convocatoria *"Becas de circulación nacional e internacional para artistas y agentes de las artes visuales - III Ciclo* ", además de los contemplados en los requisitos generales de participación, los siguientes:

• Entregar un (1) informe de su participación, al Área de Artes Visuales del Ministerio de Cultura, que incluya: memoria visual, audiovisual o sonora, según sea el caso, de las piezas artísticas resultantes de dicha participación y que muestre la socialización llevada a cabo. Este informe deberá ser remitido en un término no superior a quince (15) días hábiles, contados a partir de la fecha de finalización de la actividad (entendida como fecha de regreso). Adjuntar certificado(s) oficial(es) de participación que otorga el evento.

• Tramitar su visa (si aplica).

• Realizar la socialización contenida en la propuesta presentada.

Artículo 6°. Los ganadores podrán acogerse a lo dispuesto en el literal 1) del inciso 3° del artículo 5° del Decreto número 1512 de 1985, que establece que los pagos que correspondan a premios en concurso o certámenes de carácter científico, literario, periodístico, artístico o deportivo, reconocidos por el Gobierno Nacional, no se encuentran sometidos a retención por otros ingresos, sin perjuicio de que en el momento de presentar la declaración de renta, el contribuyente, deba reportar este ingreso como gravado, y por ende liquidar el impuesto sobre ganancia ocasional.

Artículo 7°. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

Publíquese, comuníquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 31 de octubre de 2012.

La Ministra de Cultura,

Mariana Garcés Córdoba.

(C. F.).

RESOLUCIÓN NÚMERO 2753 DE 2012

(octubre 31)

por la cual se acoge el acta del veredicto de los jurados para la convocatoria del capítulo de Artes: Becas de circulación internacional para creadores, investigadores y emprendedores del área de literatura – III Ciclo y se ordena el desembolso de los estímulos a favor de los ganadores.

La Ministra De Cultura, en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, y en especial las conferidas en la Ley 397 de 1997, y

CONSIDERANDO:

Que mediante Resolución número 0126 del 31 de enero de 2012, se ordenó la apertura de las Convocatorias de Estímulos 2012 del Ministerio de Cultura, y se estableció que los requisitos generales y bases específicas de participación de cada una de las convocatorias serían las establecidas en el documento denominado **"Convocatoria de Estímulos 2012";**

Que mediante Resolución número 1367 del 12 de julio de 2012, se designaron como jurados para la convocatoria *"Becas de circulación internacional para creadores, investigadores y emprendedores del área de literatura — y III Ciclo"*, a las siguientes personas:

Convocatoria	Área	Nombres	DI.	Ciudad
Becas para la circulación internacional de creadores, investigadores y emprendedores del área de literatura – II y III Ciclo	Literatura	**Silvia Castrillón Zapata**	Cédula de Ciudadanía 21364914	Bogotá
		Martín Alonso Gómez Orozco	Cédula de Ciudadanía 79946814	Barcelona

Que reunidos en la ciudad de Bogotá D. C., el día veintiséis (26) de octubre de 2012, se dio lectura al instructivo para jurados, las bases de convocatoria *"Becas de circulación internacional para creadores, investigadores y emprendedores del área de literatura –III Ciclo"* y los requisitos generales de participación, y después de haber realizado de manera independiente la evaluación de las propuestas participantes en la convocatoria, los jurados recomendaron por unanimidad otorgar el estímulo a:

Ganadores:

Rad. No.	Tipo de participante	Nombre o razón social	Nombre del representante legal	Documento de identificación	Proyecto	Valor del estímulo	CDP
3333	Persona Jurídica	Tragaluz Editores SAS. (Nit: 900.055.070-7)	Juan Carlos Restrepo Rivas	Cédula de Ciudadanía 15525534	Participación de Tragaluz Editores en la Fil Guadalajara	3.000.000	21812 del 26 de enero de 2012
3457	Persona Jurídica	Ícono Editorial Limitada (Nit 830.145.059-8)	Gustavo Mauricio García Arenas	Cédula de Ciudadanía 91205701	Participación en Feria Internacional de Libro en Guadalajara 2012	3.000.000	21812 del 26 de enero de 2012
3458	Persona Jurídica	Difundir Limitada (Nit: 800.231.182-5)	Carlos Alberto Gutiérrez Márquez	Cédula de Ciudadanía 71586747	Participación en la Feria Internacional del Libro de Guadalajara 2012 en Calidad de Editores > Promotores del Libro Colombiano	3.000.000	21812 del 26 de enero de 2012

Que los recursos para otorgar los estímulos a los ganadores de la convocatoria *"Becas de circulación internacional para creadores, investigadores y emprendedores del área de literatura – III Ciclo"* se atenderán con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal número 21812 del 26 de enero de 2012;

Que la Coordinadora del Programa Nacional de Estímulos certifica que los ganadores de la convocatoria, cumplieron con los requisitos generales y específicos de participación y no se encuentran inhabilitados para recibir el estímulo de la convocatoria *"Becas de circulación internacional para creadores, investigadores y emprendedores del área de literatura – III Ciclo.*

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1°. Acoger la recomendación efectuada por los jurados de la convocatoria *"Becas de circulación internacional para creadores, investigadores y emprendedores del área de literatura – III Ciclo"* y en consecuencia seleccionar como ganadores a los participantes que se relacionan a continuación:

Ganadores:

Rad. No.	Tipo de participante	Nombre o razón social	Nombre del representante legal	Documento de identificación	Proyecto	Valor del estímulo	CDP
3333	Persona Jurídica	Tragaluz Editores SAS. (Nit.900.055.070-7)	Juan Carlos Restrepo Rivas	Cédula de Ciudadanía 15525534	Participación de Tragaluz Editores en la Fil Guadalajara	3.000.000	21812 del 26 de enero de 2012
3457	Persona Jurídica	Ícono Editorial Limitada (Nit.830.145.059-8)	Gustavo Mauricio García Arenas	Cédula de Ciudadanía 91205701	Participación en Feria Internacional de Libro en Guadalajara 2012	3.000.000	21812 del 26 de enero de 2012
3458	Persona Jurídica	Difundir Limitada (Nit.800.231.182-5)	Carlos Alberto Gutiérrez Márquez	Cédula de Ciudadanía 71586747	Participación en la Feria Internacional del Libro de Guadalajara 2012 en Calidad de Editores y Promotores del Libro Colombiano	3.000.000	21812 del 26 de enero de 2012

Artículo 2°. El pago del estímulo se hará en la siguiente forma, previa disponibilidad de los recursos de acuerdo al Programa Anual de Caja (PAC) asignado al Ministerio de Cultura:

• El 80% previa expedición y comunicación del acto administrativo mediante el cual se designan los ganadores y la entrega oportuna de los documentos solicitados en el artículo tercero de la presente resolución.

• El 20% previa presentación del informe final y sus correspondientes anexos.

Artículo 3°. El pago del estímulo para los ganadores de las convocatorias estará sujeto al envío previo de los siguientes documentos al Programa Nacional de Estímulos:

Certificación bancaria, certificación de pago de parafiscales (personas jurídicas), formato de radicación a terceros firmado y póliza de cumplimiento constituida a favor del Ministerio de Cultura en una compañía legalmente establecida en Colombia y aprobada por la Superintendencia Financiera, que ampare el riesgo de incumplimiento general del proyecto por una suma equivalente al diez por ciento (10%) del valor del estímulo y con una vigencia igual a su duración y cuatro (4) meses más.

Artículo 4°. Los recursos para otorgar los estímulos a los ganadores de la convocatoria *"Becas de circulación internacional para creadores, investigadores y emprendedores del área de literatura – III Ciclo"*, se atenderán con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal número 21812 del 26 de enero de 2012.

Artículo 5°. Son deberes de los ganadores de la convocatoria *"Becas de circulación internacional para creadores, investigadores y emprendedores del área de literatura – III Ciclo"*, además de los contemplados en los requisitos generales de participación, los siguientes:

• Entregar un informe de actividades al Área de Literatura del Ministerio de Cultura, en un término no superior a cinco (5) días hábiles, contados a partir de la fecha de finalización de la actividad (entendida como fecha de regreso). El informe deberá contener como mínimo la siguiente información y material de soporte:

– Información general: Nombre de la actividad, nombre de la entidad organizadora, país, ciudad y fecha de realización.

–Informe de gestión del proyecto: logros obtenidos, base de datos de participantes, contactos realizados, y si aplica, invitaciones obtenidas para otros espacios.

– Relación de las actividades desarrolladas de acuerdo con la agenda presentada en la solicitud.

– Adjuntar certificado(s) oficial(es) de participación que otorga el evento.

– Tramitar su visa (si aplica).

– Llevar a cabo la socialización contenida en la propuesta presentada.

Artículo 6°. Los ganadores podrán acogerse a lo dispuesto en el literal 1) del inciso 3° del artículo 5° del Decreto 1512 de 1985, que establece que los pagos que correspondan a premios en concurso o certámenes de carácter científico, literario, periodístico, artístico o deportivo, reconocidos por el Gobierno Nacional, no se encuentran sometidos a retención por otros ingresos, sin perjuicio de que en el momento de presentar la declaración de renta, el contribuyente, deba reportar este ingreso como gravado, y por ende liquidar el impuesto sobre ganancia ocasional.

Artículo 7°. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

Publíquese, comuníquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 31 de octubre 2012.

La Ministra de Cultura,

Mariana Garcés Córdoba.

(C. F.).

SUPERINTENDENCIAS

Superintendencia Nacional de Salud

RESOLUCIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO 003393 DE 2012

(noviembre 1°)

por medio de la cual se aprueba el ***plan de atención complementaria en casa****, presentado por la* ***entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo Nueva EPS S. A.,*** *identificada con el NIT. 900.156.264-2.*

El Superintendente Nacional de Salud, en ejercicio de sus atribuciones legales y en especial las conferidas en los artículos 17 del Decreto 1485 de 1994; 17,18, 19, 20, 21, 22, 23 y 24 del Decreto 806 de 1998; 2 del Decreto 800 de 2003; 17, numerales 25 y 28 del Decreto 1018 de 2007; 35, 37, 39 literales a), b), c), d), f) g) y h) y 40 literales a), c), e) f), h), i) y j) de la Ley 1122 de 2007; el Decreto 2170 del 19 de octubre de 2012, el título II, Capítulo II, numerales 1. 1.1, 1.2, y 1.3 de la Circular 047 de 2007, modificada por la Circular 049 de 2008; 37, 38, 39, 40, 41,121 numeral 121.1 de la Ley 1438 de 2011, y

CONSIDERANDO:

1. Consideraciones de la Superintendencia Nacional de Salud

1.1. La Seguridad Social en la Carta Política

El artículo 48 de la Constitución Política dispone que la seguridad social es un servicio público. Esta característica también es resaltada respecto de los servicios de atención en salud y saneamiento ambiental (artículo 49 ibídem)

Aunque hay quienes propugnan por la eliminación de un concepto que consideran ambiguo como el de servicio público, y de paso el de servicio público esencial[1], nuestro ordenamiento utiliza estas locuciones prolificamente con miras a destacar su importancia dentro de un Estado Social de Derecho. En efecto, la circunstancia de que un ordenamiento de esta trascendencia se ocupe del tema obedece a la identidad, ya antigua, entre el Estado y la prestación de servicios públicos. No se puede perder de vista que con el inicio del siglo pasado, la visión del Estado regulador sufrió una paulatina transformación hacia el Estado interventor (v.g. Estado benefactor u hoy en día, estado social - liberal, etc.)[2] y, en cuanto tal, le resultó legítimo prestar ciertos servicios, establecer normas de calidad y cobertura, amparar a franjas de población desprovistas de los mismos, reglamentar los mercados que ellos generan, entre otros aspectos.

[1] Este concepto atiende las recomendaciones de la OIT en materia laboral de tal forma que no se pervierta el derecho de huelga, cercenado por lo que se denominó como la piel de zapa de ese derecho dentro del conflicto colectivo.

[2] *Cfr.,* Nelly Corredor y Edgar González, Servicios Públicos Domiciliarios e intervención del Estado, en Economía Colombiana, número 174, octubre de 1985. Sobre el mismo tema, Francisco J. Ochoa, Servicios Públicos e Intervención del Estado, PNUD, Bogotá 1990. No se puede pasar por alto que la teoría del servicio público está en los pliegues mismos del Estado interventor. *Cfr.,* Fernando rojas y Jorge Iván González, Economía de los Servicios Públicos, Una Visión Alternativa, Cinep, Bogotá 1988, pág. 84.

Con el paso del tiempo, los servicios públicos pasaron a ser un atributo del ciudadano, un criterio de identificación del mismo y un propósito global de todos los Estados para garantizar su acceso. En la década del 70 fue común hallarlos acompañados de la expresión *"necesidades básicas satisfechas"*. Los elementos de generalidad, igualdad, continuidad, obligatoriedad, propios de este concepto, se predican de todos los habitantes de la Nación.

Según la Corte Constitucional, el derecho a la salud se ha definido como un derecho irrenunciable, universal, inspirado en los principios constitucionales del Estado Social de Derecho, solidaridad y dignidad humana, que persiguen el cumplimiento material y efectivo de las garantías constitucionales. En este sentido, la seguridad social es un servicio público sujeto a lo dispuesto en el artículo 365 de la Constitución que los define como inherentes a la finalidad social del Estado. Es deber del Estado asegurar su prestación eficiente a los habitantes del territorio nacional.

El tema de la Seguridad Social ha sido tomado por el artículo 48 de la Constitución Política, que establece que, es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley.

Así las cosas, se garantiza a todos los habitantes del territorio el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la ley.

Le corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad. En este sentido, la Ley 100 de 1993 creó el Sistema de Seguridad Social en Salud para garantizar la salud con énfasis en la promoción y la prevención para que todos los habitantes del país tengan acceso a los servicios de salud.

1.2. Del Sistema de Seguridad Social Integral

A partir de la expedición de la Ley 10 de 1990, con un claro enfoque de organización y descentralización de la prestación de servicios de salud en el sistema de salud, la Ley 60 de 1993 y la definición explícitas de competencias en los niveles territoriales, y finalmente la Ley 100 de 1993, que crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la prestación de los servicios de salud se sustenta en un esquema descentralizado, con la activa participación del sector privado. El mismo se basó en un sistema de aseguramiento en un ambiente de competencia regulada por el Estado, a fin de que los individuos reciban la atención en salud, de acuerdo con los criterios establecidos en el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia[3].

Las Leyes 100 de 1993, 715 de 2001, 1122 y 1176 de 2007 y 1438 de 2011 mediante el régimen de competencias, y los recursos, establece una nueva organización administrativa y financiera de los servicios de salud en el país, otorga protagonismo y autonomía a las autoridades locales y regionales de salud, al tiempo que establece los porcentajes de inversión a estas instancias, para el desarrollo de la atención a la población.

La Ley 100 de 1993 introdujo cambios en la forma de financiamiento de los prestadores públicos y privados de los servicios de salud. Se pasó de un sistema de transferencia de recursos a uno de financiación por medio de la venta de servicios, profundizando de esta manera, la competencia entre el sector público y el privado con el Estado como regulador.

El Estado Colombiano por intermedio del Ministerio de Salud, hoy, de la Protección Social y en desarrollo de los artículos 48 y 49 de la Constitución Política, provee las herramientas para la oferta y establece la seguridad social en salud a la población del territorio nacional a través de la Ley 100 de 1993.

El sistema de salud existente, previo a la vigencia de la Ley 100 de 1993 se caracterizaba por la falta de universalidad, solidaridad y eficacia en sus distintas acciones, reflejada básicamente la insuficiente cobertura de la población para la atención de su salud, el centralismo y rigidez para la prestación de sus servicios, la escasa capacidad resolutiva de los servicios, y la inexistencia del trabajo intersectorial, entre otros factores, que llevaron a que el sistema en salud fuera profundamente inefectivo.

De esta manera, la Constitución Política de 1991 establece en su contenido el derecho a la salud y la Seguridad Social en Salud como derecho irrenunciable de los Colombianos y como servicios públicos obligatorios, garantizando para ello a todas las personas los servicios de promoción, protección y recuperación de su salud, con una organización descentralizada de los servicios, dada por los diferentes niveles de atención, con la participación de los agentes públicos y privados y ***"con la plena participación de la comunidad".***

La Carta Constitucional de 1991, en el artículo 48 consagra la creación del Sistema de Seguridad Social Integral, concediéndole la Dirección, Coordinación y Control a cargo del Estado Colombiano.

[3] "La atención de salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección, y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir, y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La Ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de la salud y la de su comunidad." Artículo 49 de la Constitución.

Con las Leyes 100 de 1993, 715 de 2001, 1122 y 1176 de 2007, y 1438 de 2011 se desarrolla el Sistema de Seguridad Social Integral, entendido como la totalidad de instituciones, normas y procedimientos, de que dispone la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de los riesgos, especialmente las que afectan la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad. Para estos efectos, se considera al sistema como un conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, conformado por los regímenes establecidos por el legislador.

En términos de los artículos 48 y 49 de la Constitución Política y conforme al artículo 2° del Decreto 806 de 1998, el Estado garantiza el acceso a los servicios de salud y regula el conjunto de beneficios a que tienen derecho los afiliados como servicio público esencial, con el propósito de mantener o recuperar su salud y evitar el menoscabo de su capacidad económica derivada de incapacidad temporal por enfermedad general y maternidad.

En este sentido, y como lo reconoce la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional: *"4.1.6. El Sistema General de Seguridad Social en Salud, en su conjunto, es un servicio público esencial. Es además un "servicio público obligatorio, cuya dirección, coordinación y control están a cargo del Estado"* (artículo 4°, Ley 100 de 1993).

El Sistema General de Seguridad Social en Salud se basa en los principios de universalidad, equidad, obligatoriedad protección integral, libre escogencia, autonomía de las instituciones, descentralización administrativa, subsidiariedad, complementariedad participación social, participación ciudadana, concertación calidad e integración funcional.

La Ley de Seguridad Social, que reforma el Sistema de Salud en Colombia, tiene entre otros propósitos resolver problemas de inequidad en el acceso a los servicios y mejorar la calidad en la prestación de los mismos; enfrentar la desarticulación entre las diferentes instituciones (inadecuada coordinación y complementariedad) y la debilidad de la estructura institucional y administrativa.

Ampliar la cobertura de atención en salud a los grupos de población más necesitados requiere de esfuerzos encaminados a modificar los múltiples factores que han incidido históricamente en su restricción; entre ellos sobresalen las dificultades de acceso geográfico, cultural y económico; aquellas propias del desarrollo del sistema de salud en el país, la inequidad en la distribución de recursos entre las regiones y la intermediación entre aseguradores y los operadores primarios del servicio de salud. La atención en salud se constituye en un servicio básico que contribuye al mejoramiento de la calidad de vida acorde a la dignidad humana, al punto que se le ha otorgado el rango de derecho fundamental.

Al Estado le corresponde garantizar este conjunto de beneficios en forma directa o a través de terceros con el objeto de proteger de manera efectiva el derecho a la salud. Estos se agrupan en cinco tipos de planes diferentes a los cuales se accede dependiendo de la forma de participación en el Sistema. Dicha participación se efectúa en calidad de afiliado cotizante, como afiliado beneficiario, como afiliado subsidiado, o como pobre no asegurado o como pobre en actividades no cubiertas por subsidios a la demanda.

Debe tenerse en cuenta, que de acuerdo con lo definido por el literal b) del artículo 156 de la Ley 100 de 1993, todos los habitantes en Colombia deberán estar afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, previo el pago de la cotización reglamentaria o a través del subsidio que se financiará con recursos fiscales, de solidaridad y los ingresos propios de los entes territoriales. La Ley 100 de 1993 en su artículo 157 y el artículo 25 del Decreto 806 de 1998, establece entonces, los tipos de participantes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, manifestando que a partir de la sanción de la Ley 100 de 1993, todo colombiano participará en el servicio esencial de salud que permite el Sistema General de Seguridad Social en Salud, unos lo harán en su condición de afiliados al régimen contributivo o subsidiado y otros lo harán en forma temporal como participantes vinculados, hoy población pobre no asegurada.

El Estado Colombiano a través del Ministerio de Salud, hoy de la Protección Social y en desarrollo de los artículos 48 y 49 de la Constitución Política, provee las herramientas para las ofertas y establece seguridad social en salud a la población del territorio nacional a través de la Ley 100 de 1993. Bajo su división en dos regímenes el "*Contributivo y el Subsidiado*" Transformando el esquema tradicional en salud y generando como resultado el subsidio a la demanda y la transformación del Subsidio de la oferta, que beneficiará a la población pobre y vulnerable clasificada en los listados censales y a la población pobre y vulnerable identificada en los niveles uno (1), dos (2) y tres (3) de la Encuesta del Sisbén de cada municipio.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud se constituye en el nuevo paso de organización en salud en el territorio nacional, bajo la consigna del aseguramiento, la afiliación y la atención de la población del territorio nacional en cumplimiento, de los principios de solidaridad, universalidad, eficiencia y equidad en la prestación de servicios de salud, el cual debe brindarse con oportunidad, calidad y accesibilidad y cubrimiento en el territorio nacional a través de:

– El Régimen Contributivo, creado para la afiliación y aseguramiento en salud de la población con capacidad de pago para pagar su salud.

– El Régimen Subsidiado organizado para la afiliación y aseguramiento de la población pobre y vulnerable sin capacidad de pago para pagar su salud.

– La atención de la población pobre no asegurada, establecida para atender a la población pobre y vulnerable sin capacidad de pago para pagar su salud no afiliada por ningún sistema de salud.

El sistema crea la operación y gestión del proceso de aseguramiento y la prestación directa de servicios en los denominados Prestadores de Servicios de Salud. Adicionalmente, crea dos instrumentos que determinan la canasta de servicios a asegurar y su costo promedio por persona año, el Plan Obligatorio de Salud y la Unidad de Pago por Capitación.

Lo novedoso del Sistema consiste en la división y especialización de las funciones de dirección y control, afiliación, gestión y aseguramiento y prestación directa de servicios en entidades

independientes con autonomía administrativa y financiera que independiente de su naturaleza pública o privada realizan sus funciones con criterios de eficiencia empresarial, calidad de los servicios, integración funcional y rentabilidad económica.

El SGSSS asegura internamente su equilibrio contraponiendo la racionalidad económica de los aseguradores con la de los prestadores directos u operadores primarios de los servicios de salud, en el sentido de que los primeros obtienen su rentabilidad en relación inversa con el número de casos atendidos, vale decir en el espíritu de la Ley en el número de casos prevenidos y los segundos, los prestadores obtienen su rentabilidad a medida que crecen los casos atendidos.

Conforme lo consagrado en la Ley 100 de 1993, sobre la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud, este se compone de aseguradoras, administradoras y prestadores de servicios de salud.

La Ley 100 de 1993 delimita la estructura y el funcionamiento del sistema general de seguridad social en salud, al cual le otorga como propósito fundamental garantizar el acceso universal a los servicios de salud, al tiempo que le establece un diseño institucional que asigna al Estado las labores propias de la regulación e introduce nuevos mecanismos de financiamiento y provisión de servicios. Es así como la estructura del sistema queda definida en ocho núcleos funcionales interdependientes:

I. La Dirección y Rectoría, en cabeza del Gobierno Nacional, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Comisión de Regulación en salud CRES, quienes dictan las reglas básicas para garantizar la operación del sistema;

II. El Financiamiento a través de: El Fondo de Solidaridad y Garantía -Fosyga que reúne los recursos provenientes de las contribuciones y algunos recursos fiscales-; y de los Fondos Locales, Distritales y Departamentales de Salud que reúnen los recursos provenientes de las transferencias territoriales, recursos del orden nacional y recursos de cofinanciación y los recursos del orden territorial: Cubren la prima del seguro y otros gastos de salud para la población afiliada;

III. El Aseguramiento en salud, que opera en un mercado de competencia regulada a través de las Entidades Promotoras de salud – EPS –, Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, los Regímenes Especiales o Excepcionales en Salud, las Entidades que Ofrecen Planes Adicionales de Salud.

IV. La Administración de la Salud, organizada a través de las Direcciones Territoriales de Salud, en función de la garantía en la atención de los servicios de salud.

V. La Prestación de Servicios de Salud, mediante los Prestadores de Servicios de Salud - PSS.

VI. La Inspección, Vigilancia y Control, en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud, el Instituto Nacional de Salud INS e Instituto Nacional de vigilancia de medicamentos y alimentos Invima.

VII. La Jurisdicción de la Salud, esto es, los jueces de la salud, en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud.

VIII. La Conciliación extrajudicial en Salud, que podrá ser adelantada ante la Superintendencia Nacional de Salud.

El sistema estructura dos modalidades de afiliación a la seguridad social en salud; el régimen contributivo y el régimen subsidiado y crea un sistema de financiamiento, nacional organizado alrededor del Fondo de Solidaridad y garantía y de los Fondos Territoriales de Salud, un sistema de operación y gestión del proceso de aseguramiento y prestación de servicios denominado, Entidades Promotoras de Salud y un sistema de prestación directa de servicios denominado Prestadores de Servicios de Salud. Así mismo, crea dos instrumentos que determinan la canasta de servicios a asegurar y su costo promedio por persona año, el Plan Obligatorio de Salud y la Unidad de Pago por Capitación.

El propósito fundamental del sistema, el aseguramiento constituye la principal herramienta de acceso universal de la población a los servicios de salud, delegando en las EPS la administración del riesgo de salud de los afiliados; la EPS hace el papel de articulador entre la población y los prestadores, y entre el financiamiento y la prestación, ya que es el conducto de canalización de los recursos hacia la órbita de la prestación de servicios de salud.

Este diseño institucional plantea un sistema de salud que separa el aseguramiento de la prestación de servicios, con medidas de regulación para que cada función se realice en condiciones de competencia y para que el flujo de recursos desde el aseguramiento hacia la prestación se canalice mediante mecanismos de negociación.

La Ley 100 de 1993 estableció la libertad de elección por parte de los usuarios o afiliados del seguro, quienes pueden decidir a qué EPS se afilian y cambiar de asegurador en los términos previstos en la norma; además, también tienen la facultad para elegir, entre las opciones que el asegurador le presente, el prestador de servicios al cual quiere acudir al momento de hacer uso del seguro.

1.2.1. Ingreso al Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS

Existen entonces dos tipos de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud:

– Los afiliados al Sistema mediante el Régimen Contributivo. Son las personas vinculadas a través de contratos de trabajo, los pensionados, los servidores públicos, los jubilados, los asociados a Cooperativas de Trabajo Asociado, y los trabajadores independientes informales y formales (estos últimos llamados contratistas).

– Los afiliados al Sistema mediante el Régimen Subsidiado. Son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Será subsidiada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rurales y urbanas del país.

– Y una transitoriedad en el sistema.

La prestación de los servicios de salud a la población pobre no asegurada

1.2.2. El Régimen Subsidiado en Salud, también llamado el Régimen del Subsidio a la Demanda de Salud

Es un conjunto de normas que rigen el ingreso de las personas sin capacidad de pago y su núcleo familiar al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En este orden de ideas, son beneficiarios del régimen subsidiado toda la población pobre y vulnerable, que no tiene capacidad de pago para cotizar al régimen contributivo y en consecuencia recibe subsidio del valor de la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada.

Al Régimen Subsidiado en Salud, se accede, previa identificación de la población beneficiaria, a través de la Encuesta del Sisbén o del listado Censal. Los beneficiarios del Régimen Subsidiado, serán aquellos que clasifiquen como de los niveles 1, 2 y 3 del Sisbén o que sean clasificados para ello a través del listado censal; encuesta y listado, bajo las cuales, se determina la condición de vida de la persona y la condición o capacidad de pago de esta.

Es así que, como Beneficiarios del Régimen subsidiado en Salud, podrán actuar como afiliados al Sistema, una vez: Se identifique el monto de los recursos del Subsidio a la demanda que permitan establecer el número de personas a ser afiliadas al Régimen Subsidiado en el respectivo Municipio (según lo definido por el artículo 214 de la Ley 100 de 1993); se efectúe el proceso de Priorización de potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado y, se realice la inscripción y selección de EPSS, dentro de las seleccionadas por el Ministerio de la Protección Social hoy de Salud y Protección Social para operar regionalmente, e inscritas por el Municipio. Una vez afiliados procederán a ser atendidos en los servicios de salud que cubra el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado POSS, a través de los Prestadores de Servicios de Salud PSS que para el efecto, la EPSS posea o haya contratado.

1.3. Regímenes Especiales o Excepcionales en Salud

Conforme a lo establecido por el artículo 279 de la Ley 100 de 1993, el Sistema Integral de Seguridad Social contenido en la Ley 100 de 1993, no se aplica:

– A los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, ni al personal regido por el Decreto-Ley 1214 de 1990, con excepción de aquel que se vincule a partir de la vigencia de la Ley 100 de 1993, ni a los miembros no remunerados de las Corporaciones Públicas.

– A los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, creado por la Ley 91 de 1989, cuyas prestaciones a cargo serán compatibles con pensiones o cualquier clase de remuneración.

– A los trabajadores de las empresas que al empezar a regir la Ley 100 de 1993, estén en concordato preventivo y obligatorio en el cual se hayan pactado sistemas o procedimientos especiales de protección de las pensiones, y mientras dure el respectivo concordato.

– A los servidores públicos de la Empresa Colombiana de Petróleos, ni a los pensionados de la misma. Quienes con posterioridad a la vigencia de la Ley 100 de 1993, ingresen a la Empresa Colombiana de Petróleos, Ecopetrol, por vencimiento del término de contratos de concesión o de asociación, podrán beneficiarse del régimen de Seguridad Social de la misma, mediante la celebración de un acuerdo individual o colectivo, en términos de costos, forma de pago y tiempo de servicio, que conduzca a la equivalencia entre el sistema que los ampara en la fecha de su ingreso y el existente en Ecopetrol.

No obstante y de acuerdo con lo definido por el parágrafo 1º del artículo 279 de la Ley 100 de 1993, estas empresas y servidores, quedan obligados a efectuar los aportes de solidaridad previstos en la Ley 100 de 1993.

De otra parte, el artículo 1° de la Ley 647 de 2001, que modifica el inciso 3° del artículo 57 de la Ley 30 de 1992, establece que el carácter especial del régimen de las universidades estatales u oficiales, comprenderá la organización y elección de directivas, del personal docente y administrativo, el sistema de las universidades estatales u oficiales, el régimen financiero, el régimen de contratación y control fiscal **y su propia seguridad social en salud**, de acuerdo con la Ley 647 de 2001.

Ahora bien, el sistema propio de seguridad social en salud de las universidades estatales u oficiales, conforme a lo establecido por el parágrafo del artículo 2° de la Ley 647 de 2001, que se adiciona al artículo 57 de la Ley 30 de 1992, se regirá por las siguientes reglas básicas:

a) Organización, dirección y funcionamiento. Será organizado por la Universidad como una dependencia especializada de la misma, con la estructura de dirección y funcionamiento que igualmente se establezca para el efecto. Sin embargo, las universidades podrán abstenerse de organizarlo, para que sus servidores administrativos y docentes y sus pensionados o jubilados elijan libremente su afiliación a las entidades promotoras de salud previstas por la Ley 100 de 1993;

b) Administración y financiamiento. El sistema se administrará por la propia Universidad que lo organice y se financiará con las cotizaciones que se establezcan en los términos y dentro de los límites máximos previstos en el inciso 1°. del artículo 20413 de la Ley 100 de 1993. El sistema podrá prestar directamente servicios de salud y/o contratarlos con otras instituciones prestadoras de servicios de salud;

c) Afiliados. Únicamente podrá tener como afiliados a los miembros del personal académico, a los empleados y trabajadores, y a los pensionados y jubilados de la respectiva Universidad. Se garantizará el principio de libre afiliación y la afiliación se considerará equivalente para los fines del tránsito del sistema general de la Ley 100 de 1993 al sistema propio de las universidades o viceversa, sin que sean permitidas afiliaciones simultáneas;

d) Beneficiarios y plan de beneficios. Se tendrán en cuenta los contenidos esenciales previstos en el Capítulo III de la Ley 100 de 1993;

e) Aporte de solidaridad. Los sistemas efectuarán el aporte de solidaridad de que trata el artículo 20414 de la Ley 100 de 1993.

Por lo que, el Sistema General de Seguridad Social en Salud contenido en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, no se aplica a las universidades estatales u oficiales que establezcan su propia seguridad social en salud, en desarrollo de lo definido por la Ley 647

de 2001, entendiendo por este evento que dichas instituciones y los miembros de estas, hacen parte, de los regímenes exceptuados del Sistema General de Seguridad Social en Salud de la Ley 100 de 1993.

Es así como, las universidades estatales u oficiales que organicen su propia seguridad social en salud, de acuerdo con la Ley 647 de 2001, no pueden entenderse como parte de las Entidades Aseguradoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, esto es, como Entidades Promotoras de Salud o Entidades Adaptadas en Salud del Régimen Contributivo del SGSSS, ya que se constituyen como organismos excepcionados del Sistema, autónomos e independientes de este, teniendo en cuenta que el fundamento para ello, es la organización de su propia seguridad social en salud. Mientras que, las universidades estatales u oficiales que no organicen su propia seguridad social en salud, de acuerdo con la Ley 647 de 2001, harán parte integral del SGSSS y de su normatividad reglamentaria.

De esta manera, el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, disponen que el Sistema General de Seguridad Social en Salud contenido en dichas normas **no se aplica entre otros** a los miembros de las fuerzas militares y de la Policía Nacional, ni al personal regido por el Decreto-ley 1214 de 1990, con excepción de aquel que se vincule a partir de la vigencia de la Ley 100 de 1993, a los miembros no remunerados de las corporaciones públicas, a los afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio, a los servidores públicos de la Empresa Colombiana de Petróleos, ni a los pensionados de la misma, **ni a los miembros de las Universidades públicas que establezcan su propio régimen de salud.**

2. Los Planes Voluntarios de Salud

2.1. Marco Conceptual

La Seguridad Social se encuentra consagrada en el artículo 48 de la Constitución Política, con una doble connotación jurídica. Una, como derecho de todas las personas. Otra, como un servicio público. De acuerdo con el segundo aspecto, al Estado le corresponde la dirección, coordinación y control de su prestación, con el fin de lograr la protección de las personas. En cuanto derecho, la jurisprudencia constitucional ha señalado que su naturaleza es prestacional, cuya garantía se materializa de manera progresiva **http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2009/T-563-09.htm.**

Como derecho prestacional, la seguridad social requiere para su goce efectivo que se le dé un contenido a través del desarrollo legislativo y de la provisión de recursos y estructuras necesarios para tal fin, de tal modo que se constituya en un derecho de naturaleza subjetiva

http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2009/T-563-09.htm.

La Seguridad social consagrada constitucionalmente en el artículo 48 Superior, ha sido desarrollada por el Legislador a través de la Ley 100 de 1993. Por mandato de esta norma, se creó el Sistema de Seguridad Social Integral en materia de Pensiones, Salud y de Riesgos Profesionales. Particularmente, en materia de salud, estableció dos regímenes, a saber: el contributivo y el subsidiado.

De conformidad con el artículo 202 de la mencionada ley, el régimen contributivo es definido como el "conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema de Seguridad Social en salud, cuando tal vinculación se hace a través de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre este y su empleador".

Por su parte, el régimen subsidiado según el artículo 211 de la misma normatividad, es "un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad de que trata la presente ley".

De otra parte, el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, disponen que el Sistema General de Seguridad Social en Salud contenido en dichas normas **no se aplica entre otros** a los miembros de las fuerzas militares y de la Policía Nacional, ni al personal regido por el Decreto Ley 1214 de 1990, con excepción de aquel que se vincule a partir de la vigencia de la Ley 100 de 1993, a los miembros no remunerados de las corporaciones públicas, a los afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio, a los servidores públicos de la Empresa Colombiana de Petróleos, ni a los pensionados de la misma, ni a los miembros de las Universidades públicas que establezcan su propio régimen de salud, por lo que, son Regímenes Especiales o Excepcionales en Salud, los miembros de las fuerzas militares y de la Policía Nacional, el personal regido por el Decreto Ley 1214 de 1990, con excepción de aquel que se vincule a partir de la vigencia de la Ley 100 de 1993, los miembros no remunerados de las corporaciones públicas, los afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio, los servidores públicos de la Empresa Colombiana de Petróleos, los pensionados de la misma, y los miembros de las Universidades públicas que establezcan su propio régimen de salud.

Según el artículo 37 de la Ley 1438 de 2011, los Planes Voluntarios de Salud podrán incluir coberturas asistenciales relacionadas con los servicios de salud, serán contratados voluntariamente y financiados en su totalidad por el afiliado o las empresas que lo establezcan con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias o el subsidio a la cotización.

Tales Planes podrán ser: Planes de atención complementaria del Plan Obligatorio de Salud emitidos por las Entidades Promotoras de Salud; Planes de Medicina Prepagada, de atención pre hospitalaria o servicios de ambulancia Prepagada, emitidos por entidades de Medicina Prepagada; Pólizas de seguros emitidos por compañías de seguros vigiladas por la Superintendencia Financiera; Otros planes autorizados por la Superintendencia Financiera y la Superintendencia Nacional de Salud.

Los Planes Voluntarios de Salud, según el artículo 40 de la Ley 1438 de 2011, pueden cubrir total o parcialmente una o varias de las prestaciones derivadas de riesgos de salud tales como: servicios de salud, médicos, odontológicos, pre y pos hospitalarios, hospitalarios o de transporte, condiciones diferenciales frente a los planes de beneficios y otras coberturas de contenido asistencial o prestacional. Igualmente podrán cubrir copagos y cuotas moderadoras exigibles en otros planes de beneficios.

La adquisición y permanencia de un Plan Voluntario de Salud, implica la afiliación previa y la continuidad mediante el pago de la cotización al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del mismo modo las personas de que trata el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, podrán celebrar estos contratos, previa comprobación de su afiliación al régimen especial o de excepción al que pertenezcan, de conformidad con lo establecido en el inciso segundo del artículo 37 de la Ley 1438 de 2011 y el artículo 20 del Decreto 806 de 1998.

Ahora bien, para lo que interesa a la presente causa, los afiliados al régimen contributivo, además de tener derecho a los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, y los afiliados a los regímenes especiales y excepcionales en salud, además de tener derecho a su Plan de Beneficios, pueden acceder a Planes Voluntarios de Salud.

Desde la óptica jurisprudencial, la Corte Constitucional en Sentencia de Tutela 433 de 2007, M. P. Humberto Antonio Sierra Porto, precisó lo siguiente respecto al alcance de los planes complementarios de salud.

"7. El artículo 169 de la Ley 100 de 1993 define los planes complementarios de salud, como aquellos que contienen prestaciones en materia de salud que no están incluidos en el seguro obligatorio de salud, que serán financiados en su totalidad por el afiliado con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias que se aplican a los afiliados al sistema de seguridad social en salud. A su turno, el artículo 17 del Decreto Reglamentario 806 de 1998, dispone que el carácter de los beneficios que conforman los planes complementarios de salud, es adicional al que tienen derecho los afiliados como servicio público esencial en salud, y su garantía no corresponde al Estado bajo los principios de solidaridad y universalidad".

En el mismo sentido el artículo 18 del Decreto 806 de 1998, establece que *"se entiende por plan de atención adicional [en salud], aquel conjunto de beneficios opcional y voluntario, financiado con recursos diferentes a los de la cotización obligatoria".*

A su turno, sobre la alternativa de la Ley 100 de 1993 a los planes obligatorios de salud, consistente en planes complementarios a aquellos, ha sostenido la Corte Constitucional que *"[s]e trata de dos relaciones jurídicas distintas, una derivada de las normas imperativas propias de la seguridad social y otra proveniente de la libre voluntad del afiliado, quien, con miras a mejorar la calidad de los servicios que recibe de la EPS, resuelve incurrir en una mayor erogación, a su costa y por encima del valor de las cuotas a las que legalmente está obligado, para contratar la medicina Prepagada a manera de plan de salud complementario del básico".*

Y, sobre la naturaleza de dichos planes complementarios, se afirmó en análisis de constitucionalidad de la norma legal que los estipula, que *"[l]a consagración constitucional del derecho a la salud y la aplicación al sistema general de salud de los principios de solidaridad, universalidad o integralidad, no apareja la obligación del Estado de diseñar un sistema general de seguridad social que esté en capacidad, de una sola vez, de cubrir integralmente y en óptimas condiciones, todas las eventuales contingencias que puedan afectar la salud de cada uno de los habitantes del territorio. En estas condiciones, quienes están en capacidad de sufragar u ofrecer un mejor servicio – mejores condiciones hoteleras, tecnologías más avanzadas o tratamientos cosméticos que no son cubiertos por el plan obligatorio –tienen derecho a hacerlo dentro de unas condiciones de mercado particularmente reguladas por el Estado".*

De la regulación al respecto de los planes complementarios en salud, denominados por el artículo 18 del Decreto Reglamentario 806 de 1998 Planes Adicionales de Salud (PAS), concluye esta Sala que corresponden a prestaciones que no están incluidas en los planes obligatorios de salud. Además de que configuran una prestación que debe ser asumida en principio por los usuarios de manera particular, quedando explícitamente excluida la posibilidad de que se adjudique como responsabilidad a cargo del Estado.

No obstante lo anterior, el artículo 34 del Decreto Reglamentario 1703 de 2002, dispone que los planes complementarios de medicina Prepagada o de seguros de salud, pueden ser ofrecidos por los empleadores a los trabajadores como parte del paquete de beneficios laborales. Esto supone una alternativa adicional a la forma de acceder a estos planes complementarios, que si bien no deja de aplicar la regla general según la cual estos estarán a cargo del afiliado, implica que dicho acceso puede surgir de un arreglo entre el empleador y el trabajador. A su vez, una de las modalidades de ello podría ser la suscripción de una convención colectiva de trabajo, tal como es el caso objeto de revisión".

La misma alta Corte en Sentencia T-158/10, M.P. Luis Ernesto Vargas Silva, manifestó lo siguiente respecto a los Planes Adicionales de Salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

"3.1. En desarrollo de la amplia facultad legislativa, el Congreso de la República expidió la Ley 100 de 1993, por medio de la cual organizó el Sistema de Seguridad Social Integral como un conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, que está conformado por los regímenes generales establecidos para Pensiones, Salud, Riesgos Profesionales y los servicios sociales complementarios que se definen en la misma ley.

Concretamente, el Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene por objeto regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de la población al servicio en todos los niveles de atención[14], bajo la estricta dirección, coordinación, vigilancia y control por parte del Estado, quien tiene la responsabilidad de garantizar una prestación eficiente del mismo[15]. Los colombianos pueden acceder al sistema de dos maneras: como afiliados, bien sea del régimen contributivo o del régimen subsidiado, o como vinculados, que son aquellas personas que por falta de capacidad de pago y mientras logran ser beneficiarias del régimen subsidiado, tienen derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y privadas contratadas por el Estado[16].

3.2. Los afiliados al régimen contributivo, además de tener derecho a los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), pueden contratar Planes Adicionales de Salud (PAS)[17] que, según el artículo 18 del Decreto 806 de 1998, son un conjunto de beneficios opcionales y voluntarios contratados de manera voluntaria, que garantizan la atención en eventos de requerirse actividades, procedimientos o intervenciones no incluidas en el POS, o condiciones

diferentes o adicionales de hostelería o tecnología[18], o cualquier otra característica no incluida en el manual de actividades, intervenciones y procedimientos. Se trata de un servicio privado de interés público, de responsabilidad exclusiva de los particulares, financiados con recursos diferentes a los de las cotizaciones obligatorias, y que no corresponde prestar al Estado, sin perjuicio de las facultades de vigilancia y control que le son propias.

3.3. Los Planes Adicionales de Salud pueden ser de tres tipos, a saber: (i) Planes de atención complementaria en salud (PAC)[19], que son aquellos beneficios que comprenden actividades, intervenciones y procedimientos no incluidos en el POS o expresamente excluidos de este, o condiciones de atención diferentes, como por ejemplo, el ofrecer más comodidad y una completa red prestadora de servicios[20]; (ii) Los planes de medicina prepagada, que se estipulan a través de contratos privados que se rigen por cláusulas determinadas y que se convierten en ley para las partes; y, (iii) Las pólizas de salud, que se rigen por las normas contractuales del seguro de salud respectivo y son expedidas por las compañías aseguradoras.

Estos planes, en su conjunto, se caracterizan porque (i) quienes los suscriben deben estar también afiliados al régimen contributivo en salud[21] y, por ello, reciben cubrimientos de algunos servicios no incluidos en el POS; (ii) la prestaciones de los servicios contratados se rigen exclusivamente por las cláusulas del contrato suscrito entre el usuario y la entidad, razón por la cual la relación surgida es eminentemente de derecho privado, aunque tenga ciertas dimensiones públicas, por cuanto involucra la garantía de derechos fundamentales del contratante[22]; (iii) el usuario puede escoger libremente si acude a la EPS o al ente prestador del PAS para solicitar un servicio determinado que se encuentre incluido dentro de las obligaciones de éstas, sin que la entidad que elija para tal efecto, pueda obligarlo a acudir previamente a la otra institución[23]; y, (iv) la concepción del contrato radica en que su celebración se hace para la cobertura integral del servicio de salud, habida cuenta que solo se entienden excluidos los padecimientos del usuario que previa, clara y taxativamente[24] se hayan señalado en las cláusulas del mismo o en sus anexos, sin que sea válido que con posterioridad la entidad pueda ampliar, unilateralmente, el catálogo de exclusiones[25]. No obstante, en materia de pólizas de salud, el contrato limita su cobertura a los riesgos asegurados".

2.2. Marco Normativo.

Dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, según lo establece el artículo 17 del Decreto 806 de 1998, pueden prestarse beneficios adicionales, hoy voluntarios, al conjunto de beneficios a que tienen derecho los afiliados como servicio público esencial en salud, que no corresponde garantizar al Estado bajo los principios de solidaridad y universalidad. Estos beneficios se denominan Planes Adicionales, hoy voluntarios de Salud y son financiados con cargo exclusivo a los recursos que cancelen los particulares. Artículo 17, Decreto 806 de 1998.

Se entiende por plan adicional o voluntario, aquel conjunto de beneficios adicional, opcional y voluntario, financiado con recursos diferentes a los de la cotización obligatoria; el acceso a estos planes será de la exclusiva responsabilidad de los particulares, como un servicio privado de interés público cuya prestación no corresponde prestar al Estado (artículo 18 del Decreto 806 de 1998), sin perjuicio de las facultades de inspección y vigilancia que le son propias. Dentro del sistema de seguridad social podrán prestarse los planes adicionales hoy voluntarios de salud definidos por el artículo 19 del Decreto 806 de 1998. El usuario de Plan Adicional hoy Voluntario de Salud, podrá elegir libre y espontáneamente si utiliza el POS o el Plan adicional o voluntario en el momento de utilización del servicio y las entidades no podrán condicionar su acceso a la previa utilización del otro plan (inciso tercero artículo 18 del Decreto 806 de 1998*).*

A la luz del artículo 20 del Decreto 806 de 1998, los contratos de planes adicionales, hoy voluntarios, de salud, sólo podrán celebrarse o renovarse con personas que se encuentren afiliadas al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ya sea en calidad de cotizantes o beneficiarios.

Las personas de que trata el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 podrán celebrar estos contratos, previa comprobación de su afiliación al régimen de excepción al que pertenezcan.

Cuando una entidad autorizada a vender planes adicionales, hoy voluntarios, de salud, celebre o renueve un contrato sin la previa verificación de la afiliación del contratista y las personas allí incluidas a una Entidad Promotora de Salud, deberá responder por la atención integral en salud que sea demandada con el objeto de proteger el derecho a la vida y a la salud de los beneficiarios del Plan Adicional, hoy voluntario, de Salud. La entidad queda exceptuada de esta obligación cuando el contratista se desafilie del sistema de seguridad social con posterioridad a la fecha de suscripción o renovación del contrato, quedando el contratista o empleador moroso, obligado a asumir el costo de la atención en salud que sea requerida.

Para efectos de tomar un Plan Adicional, hoy voluntario, de Salud, la entidad oferente podrá practicar un examen de ingreso, previo consentimiento del contratista, con el objeto establecer en forma media, el estado de salud de un individuo, para encauzar las políticas de prevención y promoción de la salud que tenga la institución respectiva y de excluir algunas patologías existentes.

Conforme a los incisos 1º del artículo 37 de la Ley 1438 de 2011, que modifica el artículo 169 de la Ley 100 de 1993, los Planes Voluntarios de Salud podrán incluir coberturas asistenciales relacionadas con los servicios de salud, serán contratados voluntariamente y financiados en su totalidad por el afiliado o las empresas que lo establezcan con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias o el subsidio a la cotización.

Tales Planes, según el inciso 3º del artículo 37 dela Ley 1438 de 2011, podrán ser:

"169.1 Planes de atención complementaria del Plan Obligatorio de Salud emitidos por las Entidades Promotoras de Salud.

169.2 Planes de Medicina Prepagada, de atención pre hospitalaria o servicios de ambulancia prepagada, emitidos por entidades de Medicina Prepagada.

169.3 Pólizas de seguros emitidas por compañías de seguros vigiladas por la Superintendencia Financiera.

169.4 Otros planes autorizados por la Superintendencia Financiera y la Superintendencia Nacional de Salud".

Conforme al artículo 38 de la Ley 1438 de 2011, la aprobación de los Planes Voluntarios de Salud y de las tarifas, en relación con las Entidades Promotoras de Salud y las entidades de medicina prepagada, estarán a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, la cual registrará los planes, en un plazo no superior a treinta (30) días calendario y realizará verificación posterior. El depósito de los planes se surtirá ante la Superintendencia Nacional de Salud.

Los Planes Voluntarios de Salud según lo contemplado por el artículo 40 de la Ley 1438 de 2011, pueden cubrir total o parcialmente una o varias de las prestaciones derivadas de riesgos de salud tales como: servicios de salud, médicos, odontológicos, pre y pos hospitalarios, hospitalarios o de transporte, condiciones diferenciales frente a los planes de beneficios y otras coberturas de contenido asistencial o prestacional. Igualmente podrán cubrir copagos y cuotas moderadoras exigibles en otros planes de beneficios.

Los planes adicionales, hoy voluntarios, de salud, financiados con cargo exclusivo a los recursos que cancelen los particulares, serán ofrecidos por **las EPS, las entidades adaptadas, las compañías de medicina prepagada y las aseguradoras**, de acuerdo con lo establecido en el inciso segundo del artículo 17 del Decreto 806 de 1998, entidades que, en cumplimiento de estas funciones, se configuran como integrantes del Sistema.

El Gobierno Nacional estimulará la creación, diseño, autorización y operación de planes voluntarios y seguros de salud tanto individuales como colectivos, según lo contemplado por el artículo 39 de la mencionada ley.

Es importante recalcar que las entidades que ofrecen planes adicionales, hoy voluntarios, de salud, prestan servicios que corresponden de manera conmutativa con lo que se cancela, es decir, que nos encontramos ante un típico contrato comercial, que por su naturaleza es conmutativo y que por lo tanto las prestaciones se corresponden; es por ello que se pacta, por ejemplo, en estos contratos, la exclusión de la prestación de algunos servicios por preexistencias.

Las entidades habilitadas para emitir planes voluntarios no podrán incluir como preexistencias al tiempo de la renovación del contrato, enfermedades, malformaciones o afecciones diferentes a las que se padecían antes de la fecha de celebración del contrato inicial según lo definido en el inciso 1º del artículo 41 de la Ley 1438 de 2011.

Mientras que, las entidades que ofrezcan planes voluntarios de salud no podrán dar por terminado los contratos ni revocarlos a menos que medie incumplimiento en las obligaciones de la otra parte, tal y como lo establece el inciso 2º del artículo 41 de la Ley 1438 de 2011 y el Decreto 1222 de 1994.

Además, debe diferenciarse también de la función de aseguramiento que cumplen las entidades que ofrecen Planes Adicionales, hoy Voluntarios, de Salud, vigiladas también por la Superintendencia de Salud y la Superintendencia Bancaria (en el caso de las pólizas de seguros de salud), las cuales se ocupan de asegurar un plan de atención adicional, hoy voluntario, que en los términos del Decreto 806 de 1998, es "aquel conjunto de beneficios opcional y voluntario, financiado con recursos diferentes a los de la cotización obligatoria." El requisito obligatorio para acceder a cualquier plan adicional, hoy voluntario, es la previa afiliación al Plan Obligatorio de Salud, POS.

Es claro que el otorgamiento de las licencias o autorizaciones de funcionamiento de estas entidades en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, para el ejercicio de actividades de planes adicionales hoy voluntarios de salud, es un mecanismo de intervención administrativa, el cual excluye el régimen de libre ejercicio.

La licencia o autorización de funcionamiento otorgadas por la Superintendencia Nacional de Salud en el marco de su competencia, supone un control estricto de legalidad, su otorgamiento es una facultad reglada y, por tanto, no es discrecional. La autorización o prohibición que ella conlleva depende exclusivamente de si el acto proyectado se ajusta o no a normas del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que regulan los planes adicionales, hoy voluntarios, de salud.

Otro elemento que define a las Entidades que ofrecen Planes Adicionales, hoy Voluntarios, de Salud, son los planes de salud, es decir, las condiciones que rigen la relación entre el afiliado y el operador. Básicamente incluye la relación de servicios que ofrece la entidad, las exclusiones y preexistencias, la forma de pago, la terminación del acuerdo entre las partes, la vigencia y la firma de las partes. De conformidad con lo estipulado en los artículos 37 a 41 de la Ley 1438 de 2011, los Decretos 1570 de 1993, 1485 y 1486 de 1994, 806 de 1998, 783 de 2000 y 308 de 2004, y las circulares 047 de 2007 y 049 de 2008 de la Superintendencia Nacional de Salud, que deberán ser aprobados previamente por esta Superintendencia.

Por último, nos referimos al precio como factor fundamental para definir la prestación de servicios bajo la modalidad de planes adicionales, hoy voluntarios, de salud; en efecto, este es definido desde la premisa más sencilla, es decir, como el importe, valor, costo, contraprestación, que una persona paga por un bien o servicio. Así, no es necesario hacer diferenciaciones complejas, respecto a si este tiene la forma de cuota, donación, aporte o cualquier otra, siempre que se trate de una remuneración económica por la prestación del servicio de salud estamos ante un precio.

Para el caso de las entidades que ofrecen planes adicionales, hoy voluntarios, de salud, este se paga por anticipado, y fijado bajo la forma de tarifa que obedece a unos criterios técnicos que permitan la atención en salud con un margen de utilidad para el asegurador, nuevamente con la previa aprobación del ente de control.

Como aspecto a revisar, en primer orden, es el atinente a la autorización, en cuanto a que el plan adicional, hoy voluntario, de salud, solo puede ser prestado por entidades o empresas aprobadas por la Superintendencia Nacional de Salud y la Superintendencia Financiera, previa verificación del cumplimiento de los requisitos dispuestos por la ley, en especial, la reglamentación antes señalada.

Finalmente, de conformidad con lo establecido en el Decreto 1018 de 2007 y la Circular Externa 047 de 2007 y su modificatoria Circular 049 de 2008, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, los Planes Adicionales de Salud, hoy Planes Voluntarios de Salud, de conformidad con la Ley 1438 de 2011, deberán ser aprobados previamente por esta entidad de control, quien expedirá en cada caso el respectivo certificado de funcionamiento.

Son entidades que ofrecen planes adicionales hoy voluntarios de salud, inciso 2º, artículo 17, Decreto 806 de 1998.

I. Las Entidades Promotoras de Salud.

II. Las Entidades Adaptadas en Salud.

III. Las compañías de medicina prepagada.

IV. Las aseguradoras.

V. Las Cajas de Compensación Familiar. Circular Externa Conjunta del 16 de diciembre de 1994 del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y el Ministerio de Salud; Circular Externa número 0035 del 19 de octubre de 1995 de la Superintendencia del Subsidio Familiar.

Las Cajas de Compensación Familiar, conforme a lo establecido por la Circular Externa Conjunta del 16 de diciembre de 1994 del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y el Ministerio de Salud y la Circular Externa número 0035 del 19 de octubre de 1995 de la Superintendencia de Subsidio Familiar, dentro del esquema de Seguridad Social en Salud, podrán:

1. Prestar los servicios de salud distintos a los previstos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) al tenor de la Ley 21 de 1982, exclusivamente para sus afiliados como CCF.

2. Desarrollar programas de Medicina Prepagada o de Planes Complementarios de Salud (PACS) de conformidad con las normas pertinentes de los Planes Adicionales hoy Voluntarios de Salud.

Acorde con lo anterior, es claro que los Planes Voluntarios de Salud, de conformidad con el artículo 40 de la Ley 1438 de 2011, pueden cubrir total o parcialmente una o varias de las prestaciones derivadas de riesgos de salud tales como: servicios de salud, médicos, odontológicos, pre y poshospitalarios, hospitalarios o de transporte, condiciones diferenciales frente a los planes de beneficios y otras coberturas de contenido asistencial o prestacional. Igualmente, podrán cubrir copagos y cuotas moderadoras exigibles en otros planes de beneficios.

Ahora bien, conforme al artículo 38 de la Ley 1438 de 2011, la aprobación de los planes voluntarios de salud y de las tarifas, en relación con las entidades promotoras de salud, estarán a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, siendo por tanto, necesario el control de los contratos contentivos de los planes de atención complementaria del plan obligatorio de salud emitido por las entidades promotoras de salud, tal y como sucede con los contratos de Medicina Prepagada que no son más que otra modalidad de planes voluntarios de salud.

Al respecto, cabe señalar que la Corte Constitucional ha puntualizado que los contratos de Medicina Prepagada tienen por objeto exclusivo la prestación del servicio público de salud, por tanto, no pueden ser tratados en todos sus aspectos bajo la misma óptica ni dentro de criterios iguales a los que gobiernan las relaciones contractuales puramente patrimoniales, ya que en su ejecución están comprometidos, más allá del conmutativo interés convencional y económico, derechos constitucionales fundamentales como la salud, la integridad personal y en especial la vida humana. (Sentencia T-307 de 1997 M. P. José Gregorio Hernández).

Para el alto Tribunal los contratos de Medicina Prepagada se rigen por normas del derecho privado que se desarrollan bajo los presupuestos del ejercicio de la libertad económica y la iniciativa privada.

"Sin lugar a dudas y no obstante que su objeto lo constituye la prestación de un servicio público, nada menos que el de salud, este tipo de relación entre dos particulares es de carácter contractual, lo cual supone que a él le son aplicables las normas pertinentes de los códigos Civil y Mercantil colombianos, especialmente aquella que obliga a las partes ligadas por el contrato, a ejecutarlo atendiendo a los postulados de la buena fe (...). Luego, como en cualquier contrato legalmente celebrado, el de Medicina Prepagada es una ley para los contratantes que por él se obligan. Así, deben ellos cumplir con todo lo dispuesto en sus cláusulas y no pueden ser obligados por el otro contratante a hacer lo que en ellas no está expresamente dispuesto". (Sentencia T-290 de 1996 M. P. Fabio Morón Díaz).

"De otro lado, el contrato de servicios de Medicina Prepagada reúne las características de ser bilateral, oneroso, aleatorio, principal, consensual y de ejecución sucesiva en los términos del Código Civil y surge al mundo jurídico como un contrato de adhesión, según el cual las partes contratantes se obligan mutuamente a través de cláusulas y condiciones que no son discutidas libre y previamente, sino preestablecidas por una de las partes en los términos aprobados por el organismo de intervención estatal y sobre las cuales la otra expresa su aceptación y adherencia o su rechazo absoluto. Como lo ha señalado la doctrina, en los contratos de adhesión una de las partes impone "la Ley del contrato" a la otra". (Sentencia T-065 de 2004. M. P. Jaime Araújo Rentería).

"De manera que, son pocos los asuntos que quedan sometidos a la discusión totalmente libre de las partes y que en lo posible no pueden exceder el marco delimitado por el ordenamiento jurídico en rigor, pero que requiere al igual que las situaciones no expresamente pactadas en estos contratos, pero derivadas de la ejecución de los mismos, que la actuación de una y otra parte se adelante mediante una actitud de confianza y credulidad en el estricto cumplimiento de lo negociado y en la realización de las prestaciones de la forma esperada, según el objeto contratado, lo que en consecuencia demanda de una máxima expresión del principio de la buena fe para la interpretación del vínculo contractual y de los anexos que lo conforman integralmente, especialmente por este carácter de adhesión, que como ya se dijo, se le reconoce a esta clase de contratos" (Sentencia Su-039 de 1998. M. P. Hernando Herrera Vergara).

En suma, las Entidades de Medicina Prepagada, debidamente autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud, desarrollan su actividad dentro de normas jurídicas claramente establecidas.

Dicha actividad consiste en la gestión de la atención básica y de la prestación de los servicios de salud de manera directa o indirecta, incluidos en un plan preestablecido, aprobado por dicha Superintendencia, mediante el cobro de un precio regular previamente acordado. Por tanto, la actividad que estas entidades adelantan para prestar el servicio de salud está fundamentada en dos supuestos básicos: (i) el ejercicio del derecho a la libertad económica y a la iniciativa privada dentro de un marco de libertad de acción limitada, únicamente, por el bien común, el ambiente y el patrimonio cultural de la nación; (ii) la prestación de un servicio público, como lo es la salud, que ligado a su condición de actividad económica de interés social, está sujeta a la inspección, vigilancia y control del Estado para sus fines, alcances y límites, a través de la Superintendencia Nacional de Salud.

Los servicios de salud incluidos en los contratos de adhesión que las Entidades de Medicina Prepagada celebran con los usuarios requieren la aprobación previa de la Superintendencia Nacional de Salud porque está en juego la prestación de un servicio que se encuentra a cargo del Estado y que este tiene la obligación de garantizar su continuidad y eficiencia. De otra parte, porque en la ejecución del contrato dichas entidades tienen una posición dominante, por cuyo abuso pueden causar la lesión de los derechos fundamentales de los usuarios, en quienes se reconoce de manera palmaria una situación de indefensión frente a aquellas.

Por lo anterior, en la ejecución del contrato de Medicina Prepagada no están en juego únicamente intereses de tipo convencional y económico, dado que en él están comprometidos derechos constitucionales como la salud, la integridad personal, el libre desarrollo de la personalidad y en especial la vida humana. Estos derechos tienen supremacía sobre el derecho a la libertad económica e iniciativa privada de las Entidades de Medicina Prepagada, en razón a que el Estado Social de Derecho colombiano descansa sobre los principios de dignidad humana y solidaridad, por tanto, son los valores éticos, jurídicos y morales de mayor relevancia dentro de dicho Estado.

Como el contrato de medicina prepagada es de adhesión y los servicios de salud que la Entidad garantiza y que se encuentran estipulados en el respectivo clausulado han sido aprobados por la Superintendencia Nacional de Salud, se concluye que toda persona que desee celebrar un contrato de esta naturaleza y acepte el contenido del mismo no puede verse afectado por el otro extremo de la relación contractual al rechazar al usuario bajo el sólo amparo del derecho a la libertad económica y a la iniciativa privada, porque no es posible desconocer el bien común, la naturaleza del servicio que brinda y los derechos constitucionales del usuario potencial que pueden ser vulnerados.

Ahora bien, en opinión de esta Oficina Asesora Jurídica, los anteriores comentarios respecto a los planes de medicina prepagada, resultan plenamente aplicables a los contratos contentivos de los planes de atención complementaria que suscriben las Entidades Promotoras de Salud, por lo que estos deberán sujetarse a las exigencias de aquellos.

3. Aseguramiento en Salud

Entiéndase por aseguramiento en salud:[4]

1. La administración del riesgo financiero,

2. La gestión del riesgo en salud,

3. La articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo,

4. La garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud, y

5. La representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.

Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud, esto es, la salud y la vida del usuario afiliado.

Los aseguradores en salud deben coordinar las pautas necesarias para los procedimientos, ser diligentes y prudentes en todos los contratos, y además, actuar con buena fe; si esto se aplica no tienen por qué presentarse problemas en la atención de los servicios de salud. Lo que sí no se puede es desplazar la falta de diligencia al paciente para que pague, ya que todos somos pacientes potenciales, y lo que se está haciendo es proteger a la sociedad.

Los aseguradores en salud deberán exigirle a sus Prestadores de Servicios de Salud (PSS) que cumplan con los manuales de los procedimientos y que los firmen. Se entiende que toda actividad, procedimiento e intervención en salud tienen un protocolo y si estos se siguen disminuyen las responsabilidades y establecen una forma de salir a la defensa, en estos casos. El deber no es solo hacer la actividad, procedimiento e intervención, sino también todo lo correspondiente para que sea exitosa.

Conforme a lo establecido por el artículo 38 del Decreto 1011 de 2006, los aseguradores en salud incorporarán, en sus Programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, procesos de auditoría externa que les permitan evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales. Esta evaluación debe centrarse en aquellos procesos definidos como prioritarios y en los criterios y métodos de evaluación previamente acordados entre la entidad y el prestador. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá la vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad por parte de los aseguradores en salud de acuerdo con lo definido en el artículo 59 del Decreto 1011 de 2006.

3.1. Responsabilidad derivada del contrato de aseguramiento en salud

A quien se afilia el usuario es al asegurador en salud, no al prestador de servicios de salud, y quien se compromete en la calidad, oportunidad, eficiencia en el servicio, en el manejo de la salud, en el manejo de la vida, es el asegurador no el prestador, todo esto derivado de la responsabilidad contractual establecida por la firma del contrato de aseguramiento entre el asegurador y el afiliado, y entre el asegurador y el alcalde municipal en el caso del régimen subsidiado.

[4] Inciso 1º, artículo 14, Ley 1122 de 2007; numeral 2, Circular 066 de 2010 de la Superintendencia Nacional de Salud.

Conforme a la definición del aseguramiento en salud, son los aseguradores en salud y no los PSS, los responsables de la calidad, oportunidad, eficiencia, y eficacia de la prestación de los servicios de salud, y por ende, los que deberán responder por toda falla, falta, lesión, enfermedad e incapacidad que se genere en la prestación de los mismos, teniendo en cuenta que el aseguramiento en salud, exige que el asegurador, asuma el riesgo transferido por el usuario, esto es, la salud y la vida del asegurado, y cumpla cabalmente con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud, derivado esto, de las obligaciones y responsabilidades contractuales que surgen del contrato de aseguramiento.

La asunción directa de las responsabilidades en materia de servicios de salud, serán por parte de quien asegura, quien es el verdadero y directo responsable contractual, y no del prestador de servicios de salud, quien responderá solidariamente con el asegurador, solo cuando el PSS, habiéndose entregado por el asegurador, los elementos claves de atención esto es los requisitos que se deben tener en cuenta para la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios de salud, haya hecho caso omiso a estos y haya generado la lesión, enfermedad, o incapacidad en el usuario, por su omisión, arbitrariedad y el desconocimiento de lo ordenado, pactado y planteado por el asegurador en salud.

3.2. Planes de Atención Complementaria en Salud (PAC)

De conformidad con lo previsto en el Título II, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, Capítulo Segundo, Empresas que Administran Planes Adicionales de Salud, numeral 1, Planes de Atención Complementaria en Salud (PAC), de la Circular Externa N°. 47 de 2007, Circular Única, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, el artículo 18 del Decreto 806 de 1998, acorde con el artículo 40 de la Ley 1438 de 2011, este tipo de planes tendrán uno o varios de los siguientes contenidos: servicios de salud, médicos, odontológicos, pre y poshospitalarios, hospitalarios o de transporte, condiciones diferenciales frente a los planes de beneficios y otras coberturas de contenido asistencial o prestacional. Igualmente, podrán cubrir copagos y cuotas moderadoras exigibles en otros planes de beneficios.

Los contratos de Planes de Atención Complementaria deberían incluir como mínimo las siguientes estipulaciones contractuales:

Artículo 24 del Decreto 806 de 1998:

a) Identificación del contratista y, de los beneficiarios del plan;

b) Definición de los contenidos y características del plan;

c) Descripción detallada de los riesgos amparados y las limitaciones;

d) Término de duración del contrato;

e) Costo y forma de pago del Plan incluyendo cuotas moderadoras y copagos;

f) Condiciones de acceso a la red de prestadores de servicios y listado anexo de los prestadores;

g) Derechos y deberes del contratista y beneficiarios del plan.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 2º del Decreto 800 de 2003, las entidades que administren planes de atención complementaria deberán acreditar un patrimonio equivalente a cuatro mil (4.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

1. ***Minuta del Contrato de los Planes de Atención Complementaria en Salud***

El artículo 24 del Decreto 806 de 1998 establece que los contratos de PAC deberán incluir como mínimo:

1.1.1. Identificación del contratista y, de los beneficiarlos del plan;

1.1.2. Definición de los contenidos y características del plan;

1.1.3. Descripción detallada de los riesgos amparados y las limitaciones;

1.1.4. Término de duración del contrato;

1.1.5. Costo y forma de pago del plan incluyendo cuotas moderadoras y copagos;

1.1.6. Condiciones de acceso a la red de prestadores de servicios y listado anexo de los prestadores;

1.1.7. Derechos y deberes del contratista y beneficiarios del plan".

Adicionalmente, el artículo 17 del Decreto 1485 de 1994, determina que los contratos para la prestación de planes complementarios que suscriban las Entidades Administradoras de planes de Beneficios (EAPB) se sujetarán a las siguientes exigencias, ***sin perjuicio de las que se prevén para los planes de Medicina Prepagada.***

1.2 Contenido.

Los contratos de afiliación que suscriban las Entidades Promotoras de Salud deberán ajustarse a las siguientes exigencias en cuanto a su contenido:

1.2.1. Deben ajustarse a las prescripciones del decreto 1485 de 1994 para las EAPB y a las disposiciones legales que regulen este tipo de contratos, so pena de ineficacia de la estipulación respectiva;

1.2.2. Su redacción debe ser clara, en idioma castellano, y de fácil comprensión para los usuarios. Por tanto, los caracteres tipográficos deben ser fácilmente legibles;

1.2.3. El contrato debe establecer de manera expresa el período de su vigencia, el precio acordado, la forma de pago, el nombre de los usuarios y la modalidad del mismo;

1.2.4. El contrato debe llevar la firma de las partes contratantes;

1.2.5. Cualquier modificación a un contrato deberá realizarse de común acuerdo entre las partes y por escrito, salvo disposición de carácter legal, y

1.2.6. El contrato deberá establecer de manera clara el régimen de los períodos mínimos de cotización.

1.3. Aprobación de los planes y contratos.

Los planes de salud y modelos de contrato de planes complementarios deberán ser aprobados previamente por la Superintendencia Nacional de Salud. La petición deberá demostrar la viabilidad financiera del plan con estricta sujeción a lo aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

La aprobación aquí prevista se podrá establecer total o parcialmente mediante régimen de carácter general".

Ahora bien, visto que el artículo 17 del Decreto 1485 de 1994, determina que los contratos para la prestación de planes complementarios que suscriban las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) se sujetan a las exigencias antes señaladas, sin perjuicio de las que se prevén para los planes de Medicina Prepagada, deben tenerse en cuenta para su aprobación las exigencias señaladas en Título II, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, Capítulo Segundo, Empresas que Administran Planes Adicionales de Salud, numeral 2, Planes de Medicina Prepagada, de la Circular Externa número 47 de 2007, Circular Única, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, es necesario tener en cuenta que la Minuta del Contrato de Medicina Prepagada, deberá ajustarse a las siguientes exigencias, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 15 del Decreto 1570 de 1993, modificado por el Decreto 1486 de 1994:

"2.1.1. Su contenido debe ajustarse a lo dispuesto en disposiciones legales que regulen este tipo de contratos so pena de ineficacia de la estipulación respectiva. Para la determinación de las causales de nulidad absoluta y relativa, se observarán las disposiciones vigentes sobre la materia, aplicables a la contratación entre particulares.

El contenido del contrato se deberá allegar considerando los siguientes aspectos:

2.1.1.1. Nombre del plan.

2.1.1.2. Encabezado. Debe colocar número y fecha del acto administrativo mediante el cual la entidad fue autorizada por la Superintendencia Nacional de Salud como entidad promotora de salud, empresa de Medicina Prepagada y/o servicio de ambulancia prepagado, así como la misma información referente al plan que comercializa mediante esa minuta, en todas las hojas del contrato.

2.1.1.3. Objeto del contrato.

2.1.1.4. Obligaciones de las partes.

2.1.1.5. Definiciones.

2.1.1.6. Clases de servicios a prestar.

2.1.1.7. Redacción clara.

2.1.1.8. En castellano.

2.1.1.9. Fácil comprensión para el usuario.

2.1.1.10. Caracteres legibles.

2.1.1.11. Carátula

2.1.1.11.1. Identificación del contratante: Nombres y apellidos del contratante e identificación de los usuarios como figuran en la solicitud de afiliación.

2.1.1.11.2. Fecha de inicio de vigencia del contrato: Corresponde a la fecha en la que el contrato comienza a tener efectos entre las partes, por lo tanto, es a partir de ese momento en que se derivan para las partes las obligaciones, entre las que se contemplan entre otras, para el contratante, la de pagar el valor del contrato en la forma y periodicidad estipuladas para el contratista, la de prestar los servicios de acuerdo a la forma convenida.

2.1.1.11.3. Vigencia del contrato: Se debe mencionar expresamente que su vigencia no podrá ser menor de un (1) año. Los planes y contratos deben utilizar el término contratación.

2.1.1.11.4. Precio acordado: Debe especificarse el valor del contrato según tarifas vigentes previamente establecidas para el plan de acuerdo con las características consideradas en los estudios actuariales como: grupos etarios, género (masculino, femenino), número de usuarios, modalidad de contratación (individual, familiar, colectivo), etc. El valor que pagará el usuario debe quedar señalado en forma expresa en el contrato o sus anexos.

2.1.1.11.5. Forma y periodo de pago: Deberá quedar claramente establecida la forma y la periodicidad con la cual el usuario pagará las tarifas vigentes.

2.1.1.12. Vigencia del contrato: Se debe mencionar expresamente que su vigencia no podrá ser menor de un (1) año. Los planes y contratos deben utilizar el término contratación. Frente a los planes complementarios, el contrato será totalmente independiente al de afiliación y en este no se podrá insinuar aquel.

2.1.1.13. Precio acordado: Debe especificarse el valor del contrato según tarifas vigentes previamente establecidas para el plan de acuerdo con las características consideradas en los estudios actuariales como: grupos etarios, género (masculino, femenino), número de usuarios, modalidad de contratación (individual, familiar, colectivo), etc. El valor que pagará el usuario debe quedar señalado en forma expresa en el contrato o sus anexos.

2.1.1.14. Descuentos: Deberá incluirse una cláusula en la que expresamente se indiquen los descuentos aplicados a las tarifas vigentes del contrato, los cuales deben indicarse tanto en porcentaje como en valor con la clara identificación de su concepto (afiliación al POS, forma de pago, comerciales, etc.). Igualmente, indicará que los descuentos se mantendrán al usuario mientras este se encuentre vinculado a la entidad siempre que no se modifiquen las condiciones que dieron origen al descuento.

2.1.1.15. Examen médico: En los eventos que la entidad tenga previstos exámenes médicos de ingreso, deberá señalarse expresamente en el contrato el valor de este y la condición de que puede realizarse, previo consentimiento del contratante.

2.1.1.16. Forma y Período de Pago: En el contrato deberá quedar claramente establecida la forma y la periodicidad con la cual el usuario pagará las tarifas vigentes del plan, señalándose si el pago se hará en efectivo, con cheque, tarjeta de crédito, etc. También deberá quedar expresamente señalado el periodo de cada pago con cargo al valor total o tarifa del contrato, es decir, si corresponde a instalamentos mensuales, bimestrales, trimestrales, semestrales u otro periodo diferente, o si por el contrario se paga la anualidad en su totalidad.

2.1.1.17. Fecha de solicitud: Corresponde al momento en que el potencial usuario presenta ante la entidad el formato diligenciado de solicitud por medio del cual manifiesta su intención de contratar los servicios de prepago.

2.1.1.18. Fecha de aceptación por parte de la entidad contratista: Corresponde al momento en el cual la entidad directamente o a través del promotor le informa al usuario que ha sido aceptada su solicitud y le indica con anticipación la fecha, hora y lugar para la firma del contrato.

2.1.1.19. Fecha de contratación: Es la fecha de la firma o suscripción del contrato. Esta es la que debe tomarse como de iniciación de la relación contractual, por lo tanto, es a partir de ese momento en que se derivan para las partes las obligaciones.

2.1.1.20. Exclusiones: Deben estar expresamente previstas en el contrato precisándose las patologías, procedimientos, exámenes de diagnóstico específicos que se excluyan y el tiempo durante el cual no serán cubiertos y que por ser el resultado de estudios de carácter técnico científico y análisis de costos y/o criterios de comercialización se consideran como tales solamente las exclusiones relacionadas en el contrato.

Las exclusiones referenciadas no podrán hacer alusión a las enfermedades, malformaciones o afecciones derivadas de preexistencias, las cuales dan origen a un anexo por dicho concepto.

Las exclusiones que no se consagren expresamente en el contrato no podrán oponerse al usuario.

2.1.1.21. Concepto de preexistencia: Ajustándose al pronunciamiento de la Corte Constitucional en Sentencia SU 039 del 19 de febrero de 1998, se considera preexistencia "toda enfermedad, malformación o afección que se pueda demostrar existía a la fecha de iniciación del contrato o vinculación, sin perjuicio de que se pueda diagnosticar durante la ejecución del contrato sobre bases científicas sólidas". La demostración de la existencia de factores de riesgo, como hábitos especiales o condiciones físicas o genéticas no podrán ser fundamento único para el diagnóstico a través del cual se pueda clasificar una preexistencia.

Las entidades habilitadas para ofrecer PAS no podrán incluir como preexistencia al tiempo de renovación del contrato, enfermedades, malformaciones o afecciones diferentes a las que se padecían antes de la fecha de celebración del contrato inicial.

2.1.1.22. Terminación del contrato: Adicional a las causales de terminación del contrato, debe quedar claramente expresa la forma como se hará la devolución de los valores que se entienden no causados, por el factor y porción de tiempo en el cual no hubo cubrimiento de la siniestralidad o posible utilización de los servicios. Para la determinación de los valores que serán deducidos por concepto de administración debe considerarse la proporción que representan los gastos administrativos de la entidad respecto de los ingresos operacionales por concepto de la venta de planes al cierre del ejercicio contable inmediatamente anterior a la fecha de terminación del contrato.

2.1.1.23. Modificación al contrato: Deberá incluirse cláusula que señale que cualquier modificación del mismo mientras esté vigente, solo podrá hacerse de común acuerdo, por escrito entre las partes y cuando implique modificación del plan deberá contar con la previa aprobación de la Superintendencia Nacional de Salud. Igualmente, que la cancelación de la autorización del plan, por parte de esta Superintendencia, será causal de terminación del contrato.

2.1.1.24. Afiliación al régimen contributivo: Es preciso informar al usuario en cláusula dedicada a este aspecto su obligación de estar afiliado al régimen contributivo.

2.1.1.25. Identificación de los usuarios: Para efectos de evitar errores deben señalarse con precisión los nombres y apellidos completos de los usuarios del plan, incluido el contratante, con el correspondiente número del documento de identidad.

2.1.1.26. Tipo de plan: Está relacionado con la agrupación de contratantes, por lo cual esta puede realizarse en forma individual, familiar o colectiva, indicando las características y limitantes del mismo.

2.1.1.27. Renovación de contratos: La renovación de los contratos es obligatoria a menos que medie incumplimiento por parte de los usuarios, condición que debe quedar expresa en la cláusula.

2.1.1.28. Resolución de controversias: Los contratos deben contener una cláusula en la que se dé a conocer al usuario de los servicios que cualquier controversia en cuanto a preexistencias, será resuelta bajo los postulados de la normatividad vigente.

2.1.1.29. Responsabilidad civil y administrativa: Debe ajustarse a los términos del artículo 17 del Decreto 1570 de 1993.

2.1.1.30. Negación del servicio: Es preciso que la minuta contenga relación expresa a los postulados sobre este aspecto.

2.1.1.31. Trámite de quejas: Se incluirá cláusula que incluya el procedimiento que se dará a las quejas presentadas por los usuarios.

2.1.1.32. Inclusión de usuarios: Es preciso indicar el procedimiento y los términos en que se incluirán y excluirán usuarios del contrato inicial.

2.1.1.33. Régimen de períodos mínimos de cotización o de carencia, según el caso, y de copagos y cuotas moderadoras. Es indispensable que se incluya en el clausulado de la minuta, estipulación que defina, si hay lugar a ello, los períodos mínimos de cotización o carencia y de copagos y cuotas moderadoras, así como los servicios afectados con los mismos.

2.1.1.34. Requerimientos para constituir en mora: Se debe redactar una cláusula que señale, que cuando el contratante incurra en mora se le informará por escrito, a la dirección de facturación, el término de que dispone para ponerse al día previo a la suspensión y cancelación del contrato.

2.1.1.35. Anexos Obligatorios: Serán anexos obligatorios:

2.1.1.35.1. La solicitud del contratante

2.1.1.35.2. La declaración de salud.

2.1.1.35.3. Pagos moderadores: Entendidas como los valores del contrato establecidos para ser pagados por el usuario de acuerdo con las características consideradas en el estudio actuarial, tales como: grupos etarios, género (masculino, femenino), número de usuarios, tipo de plan (individual, familiar, colectivo), etc. Adicionalmente, debe incluirse sin lugar a equívocos o interpretaciones, la información sobre los programas de pagos moderadores y copagos, el valor unitario de los pagos moderadores (cuotas moderadoras, bonos, vales, tiquetes, etc.) indicando la cantidad para cada uno de los servicios contemplados.

2.1.1.35.4. Directorios Médicos o Red de Prestadores de las ciudades donde se prestarán los servicios.

2.1.1.35.5. Preexistencias: En este anexo se relacionarán todas las enfermedades, malformaciones o afecciones identificadas al inicio del contrato.

2.1.1.35.6. Relación de documentos que integran y conforman el contrato.

2.1.1.35.7. Procedimiento administrativo para la utilización y acceso a los servicios del plan.

2.1.1.35.8. Procedimiento administrativo para autorizaciones.

2.1.1.35.9. Procedimiento administrativo para reembolsos.

2.1.1.35.10. Información sobre la línea 24 horas.

2.1.1.35.11. Solicitud y entrega de carnés.

2.1.1.35.12. Horarios y puntos de atención.

2.1.1.35.13. Procedimiento administrativo para la atención en urgencias.

2.1.1.35.14. Procedimiento administrativo para la práctica del examen médico.

2.1.1.35.15. Procedimiento administrativo para acceder al programa de pagos moderadores.

2.1.1.36. Firma de los contratantes y copia para las partes. En él se dejará constancia que el usuario suscribió el contrato y recibió copia del mismo.

Igualmente, debe tenerse en cuenta que solamente procede el cobro de cuotas de inscripción, si este valor está representando en el retorno de gastos incurridos por la entidad durante el proceso de contratación, siempre y cuando estos gastos no hayan estado incluidos en la proyección para determinar el valor del contrato o tarifa vigente, lo cual deberá ser demostrado por la entidad a solicitud de la Superintendencia Nacional de Salud".

4. Sistema de Inspección, Vigilancia y Control [5]

La Ley 1122 de 2007, crea el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud como un conjunto de normas, agentes, y procesos articulados entre sí, el cual estará en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias constitucionales y legales, sin perjuicio de las facultades asignadas al Instituto Nacional de Salud (INS) y al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima).

Dentro del proceso normativo, se ha pasado de un proceso de descentralización territorial definido por la Ley 10 de 1990, la Ley 60 de 1993 y la Ley 100 de 1993, a un proceso de departamentalización de la salud con la Ley 715 de 2001 y por último con la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011, a un proceso de nacionalización – Centralización de la salud de vigilancia y control del SGSSS en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud (SNS).

4.1. Inspección[6]

Es el conjunto de actividades y acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y que sirven para solicitar, confirmar y analizar de manera puntual la información que se requiera sobre la situación de los servicios de salud y sus recursos, sobre la situación jurídica, financiera, técnica-científica, administrativa y económica de las entidades sometidas a vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud dentro del ámbito de su competencia.

Son funciones de inspección entre otras las visitas, la revisión de documentos, el seguimiento de peticiones de interés general o particular y la práctica de investigaciones administrativas.

4.2. Vigilancia [7]

Consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para advertir, prevenir, orientar, asistir y propender porque las entidades encargadas del financiamiento, aseguramiento, prestación del servicio de salud, atención al usuario, participación social y demás sujetos de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, cumplan con las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud para el desarrollo de este.

4.3. CONTROL[8]

Consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para ordenar los correctivos tendientes a la superación de la situación crítica o irregular (jurídica, financiera, económica, técnica, científico-administrativa) de cualquiera de sus vigilados y sancionar las actuaciones que se aparten del ordenamiento legal bien sea por acción o por omisión.

4.4. LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD[9]

De conformidad con los artículos 48 y 49 de la Constitución Política, la Seguridad Social en su componente de atención de la salud es un servicio público de carácter obligatorio, que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

---

5 Artículo 36, Ley 1122 de 2007.

6 Literal a), artículo 35, Ley 1122 de 2007.

7 Literal b), artículo 35, Ley 1122 de 2007.

8 Literal c), artículo 35, Ley 1122 de 2007.

9 Artículo 1º, Decreto 1018 de 2007.

En virtud de los artículos 48 y 115 de la Carta Política, las Superintendencias desempeñan funciones de vigilancia e inspección de las entidades sujetas a su control. Las Superintendencias ejecutan específicamente las funciones para las cuales fueron creadas por la ley y que son propias del Presidente de la República. Además, están investidas de autonomía jurídica, administrativa y financiera.

Por mandato del artículo 154 de la Ley 100 de 1993, el Estado intervendrá en el servicio público de Seguridad Social en Salud, con el fin de garantizar los principios consagrados en nuestra Carta Política y en los artículos 2 y 153 de la citada Ley.

La incidencia del Estado Social de Derecho en la organización política puede ser descrita tanto desde una perspectiva cuantitativa como a través de un crisol cualitativo. Lo primero entendido como el Estado Bienestar y el segundo bajo el tema del Estado constitucional democrático. Así lo ha indicado la Corte Constitucional en uno de los primeros fallos en que tuvo la oportunidad de dimensionar la estructura concebida a raíz de la expedición de la Constitución de 1991:

"a) Como Estado Bienestar comprendido como un complejo aparato político-administrativo, jalonador de toda la dinámica social. Desde este punto de vista el Estado social se define como el Estado que garantiza estándares mínimos de salario, alimentación, salud, habitación, educación, asegurada para todos los ciudadanos bajo la idea de derecho y no simplemente de caridad..." (H.L. Wilensky, 1975).

Este concepto se recoge en el artículo 366 de la C. P. que dice: "El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y agua potable. Para tal efecto en los planes y presupuestos de la Nación y de las entidades territoriales el gasto público social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación".

b) El Estado constitucional democrático ha sido la respuesta jurídico política derivada de la actividad intervencionista del Estado. Dicha respuesta está fundada en nuevos valores - derechos y se manifiesta institucionalmente a través de la creación de mecanismos de democracia participativa, de control político y jurídico en el ejercicio del poder y sobre todo, a través de la consagración de un catálogo de principios y derechos fundamentales que inspiran toda la interpretación y el funcionamiento de la organización política. Citado en ***Corte Constitucional,*** *Sentencia T-406 de 5 de junio de 1992, M. P. Ciro Angarita Barón. (Resaltado en el texto)."*

En general, las Superintendencias han sido concebidas para velar por la adecuada prestación de servicios públicos, en aspectos tales como la naturaleza y organización de los prestadores de los mismos. Como punto común a todas ellas está el propósito de brindar confianza a los extremos de las relaciones jurídicas que allí se establecen. En virtud de que muchas de ellas no son mencionadas expresamente en nuestro ordenamiento constitucional, es el legislador, en desarrollo de la facultad contenida en el numeral 7° del artículo 150 C. Pol., el facultado para crear estos organismos, "*señalando sus objetivos y estructura orgánica*". Tales reparticiones en la administración pública se han especializado en el desarrollo de lo que tanto en la jurisprudencia como en la doctrina se conoce como función de policía administrativa en la generalidad del término y no exclusivamente ligada a un cuerpo armado destinado a preservar el orden en las ciudades por oposición al concepto de Fuerzas Militares.

En torno a su definición, Laubadére la caracteriza como:

"[...] una forma de intervención que ejercen ciertas autoridades administrativas y que consiste en imponer limitaciones a las libertades a los individuos, con el propósito de asegurar el orden público (Manual de Derecho Administrativo, André de Laubadère, Ed. Temis, Bogotá 1984, pág. 197. En el mismo sentido, Georges Vedel, en Derecho Administrativo, Biblioteca Jurídica Aguilar, Madrid 1980)."

El concepto de policía administrativa tiene, pues, una orientación garantista del orden público. Esta labor implica una serie de fases, herramientas y mecanismos con base en los cuales la misma sea atendida. De allí que a la par de funciones de seguimiento e inspección existan otras relacionadas con las sanciones así como algunas que tienen que ver con la autorización y finalización de los operadores del sistema.

Al respecto, ha afirmado la Corte Constitucional:

"Las Superintendencias, de acuerdo con lo expuesto, tienen un incuestionable fundamento constitucional y, fuera de otras tareas que les confíe la ley, ejercen ciertas funciones asignadas al Presidente de la República, dentro de las que se cuentan las relativas a la inspección, vigilancia y control sobre las entidades dedicadas a las actividades referidas en el numeral 24 del artículo 189 superior, así como sobre las cooperativas y sociedades mercantiles, conforme a la misma norma.

Importa destacar que las funciones de inspección, vigilancia y control a las que se acaba de hacer referencia, deben llevarse a cabo por las Superintendencias encargadas, bajo la orientación del Presidente de la República que es el titular de las respectivas competencias y, en todo caso, con absoluto ceñimiento a las pautas contenidas en la ley, ya que el numeral 24 del artículo 189 de la Constitución Política ordena que el ejercicio de las funciones allí consagradas se efectúe "de acuerdo con la ley" y, en armonía con ese mandato, el artículo 150-8 superior otorga al Congreso la facultad de "Expedir las normas a las cuales debe sujetarse el Gobierno para el ejercicio de las funciones de inspección y vigilancia que le señala la Constitución".

Se deduce de los anteriores predicados que el desempeño de las competencias atribuidas a algunas Superintendencias en lo atinente a la inspección, vigilancia y control está condicionado a la cabal observancia de las directrices que la ley trace con arreglo a criterios estables que, sin embargo, no impiden la actuación ágil y oportuna de estos organismos, encargados de verificar en la práctica la transparencia de las operaciones sometidas a su escrutinio, ni enervan la flexibilidad por estos requerida para hacer efectivos en las situaciones concretas los postulados constitucionales y legales, todo lo cual exige que se los dote de los instrumentos y de las atribuciones necesarias (Corte Constitucional, Sentencia. C-233 de 15 de mayo de 1997, M. P. Fabio Morón Díaz).

Concordante con lo anterior, el Presidente de la República, en atención a lo establecido en el artículo 211 de la Constitución Política, delegó en el Superintendente Nacional de Salud, la facultad de inspección, vigilancia y control del Sector Salud.

Al respecto, se pronunció la Corte Constitucional, en Sentencia C-561 de 1999, así:

"La delegación en las superintendencias, que realice el Presidente de la República, en virtud de autorización legal, no vulnera la Constitución Política, por cuanto, como se dijo, el acto de delegación es un mecanismo del manejo estatal, al cual, puede acudir legítimamente el Presidente de la República, con el objeto de racionalizar la función administrativa. Al contrario, la Corte considera, que el acto de delegación se constituye, en un mecanismo válido y eficaz, para hacer efectivos los principios consagrados en la Carta Política, tendientes al cumplimiento y agilización de la función administrativa, en aras del interés general. En efecto, el artículo 209 Superior, señala que la función administrativa está al servicio de los intereses generales y, se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones".

En concordancia con lo anterior, en sentencia C- 921 de 2001 con ponencia del Magistrado Jaime Araújo Rentería, la Corte Constitucional sostuvo que: "*la vigilancia y control de la Seguridad social corresponde al Presidente de la República, labor que cumple por intermedio de la Superintendencia de Salud"*.

Consecuencia de lo expuesto, corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud, vigilar el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud y promover el mejoramiento integral del mismo.

La Superintendencia Nacional de Salud ejerce la inspección, vigilancia y control sobre los sujetos que tienen a su cargo la gestión de recursos públicos destinados a la prestación de servicios en el Sistema de Seguridad Social en Salud. Para tal fin, ejerce una serie de atribuciones y facultades, entre las que se encuentra la de sancionar a los vigilados por el incumplimiento de las normas que regulan su actuar. En cuanto al alcance e implicaciones de esta atribución la Corte Constitucional ha puntualizado:

"Los objetivos que se buscan a través de las actividades de inspección, vigilancia y control, por parte de la citada Superintendencia son: la eficiencia en la obtención, aplicación y utilización de todos los recursos con destino a la prestación de los servicios de salud, como la oportuna y adecuada liquidación, recaudo, giro, transferencia, cobro y utilización de los mismos; el cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias que regulan la prestación de los servicios de salud por parte de las entidades públicas y privadas del sector salud; la cabal, oportuna y eficiente explotación de los arbitrios rentísticos que se obtengan de los monopolios de loterías, beneficencias que administren loterías, sorteos extraordinarios, apuestas permanentes y demás modalidades de juegos de suerte y azar; y la adopción de medidas encaminadas a permitir que los entes vigilados centren su actividad en la solución de sanas prácticas y desarrollos tecnológicos que aseguren un crecimiento adecuado de las mismas.

(...)

Si a los sujetos a la vigilancia y control de la Superintendencia de Salud se les imponen unos deberes y obligaciones por parte de esa entidad con el único fin de lograr la eficiencia, calidad, oportunidad y permanencia en la prestación del servicio público de salud, resulta apenas obvio, que se le autorice a esa misma entidad para imponer sanciones de naturaleza administrativa a quienes no cumplan sus mandatos, como medio de coerción ideado por el legislador, que se muestra razonable y proporcionado para ese fin.

Los principios contenidos en el artículo 29 de la Constitución tienen como finalidad preservar el debido proceso como garantía de la libertad del ciudadano. La presunción de inocencia sólo puede ser desvirtuada mediante una mínima y suficiente actividad probatoria por parte de las autoridades represivas del Estado. Este derecho fundamental se profana si a la persona se le impone una sanción sin otorgársele la oportunidad para ser oída y ejercer plenamente su defensa. Las garantías materiales que protegen la libertad de la persona priman sobre las meras consideraciones de la eficacia de la administración.

Si al procedimiento judicial, instancia imparcial por excelencia, son aplicables las reglas de un proceso legal justo, a fortiori deben ellas extenderse a las decisiones de las autoridades administrativas, en las cuales el riesgo de arbitrariedad es más alto y mayor la posibilidad de "manipular" - mediante la instrumentación personificada - el ejercicio del poder.

Toda persona tiene derecho a que antes de ser sancionada se lleve a cabo un procedimiento mínimo que incluya la garantía de su defensa. La sola exigencia de una certificación secretarial o de la declaración de dos o más testigos presenciales para sancionar al acusado, prescindiendo de que este pueda contradecir la veracidad de las pruebas, constituye una acción unilateral de la administración contraria al estado de derecho democrático y participativo y a la vigencia de un orden jurídico justo.

La prevalencia de los derechos inalienables de la persona humana (C. P. art. 5), entre los que se encuentra la libertad personal, desplaza la antigua situación de privilegio de la administración y la obliga a ejercer las funciones públicas en conformidad con los fines esenciales del Estado, uno de los cuales es precisamente la garantía de eficacia de los derechos, deberes y principios consagrados en la Constitución (C. P. artículo 2). En consecuencia, las sanciones administrativas impuestas de plano, por ser contrarias al debido proceso (C. P. artículo 29), están proscritas del ordenamiento Constitucional.[10]

Es importante resaltar que la Administración Pública, puede entenderse en dos aspectos: El primero sustancial u objetivo, para lo cual está creada; es decir, el bien común, que implica la prestación de servicios que requieren los gobernados. El segundo, en sentido orgánico o funcional, como compuesto interrelacional de variadas alternativas e incumbencias, con respecto a su funcionamiento y gestión y al empleo de las personas naturales encargadas de los servicios del Estado.

[10] Corte Constitucional, Sentencia C-921 de 29 de agosto de 2001, M. P. Jaime Araújo Rentería.

Técnicamente, la Ley 489 de 1998, determina que la Administración Pública está conformada por diferentes organismos de la rama ejecutiva del poder público y demás organismos y entidades de naturaleza pública que tienen a su cargo el ejercicio de actividades y funciones administrativas o la prestación de servicios públicos, así mismo los Departamentos Administrativos y las Superintendencias, constituyen el Sector Central de la Administración Pública Nacional.

En este orden de ideas, corresponde al Estado, organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes del territorio nacional, así como establecer las políticas para su prestación y ejercer inspección, vigilancia y control, de conformidad con la disposición normativa contenida en el artículo 49 de la Constitución Política.

En materia de competencias, se tiene que el artículo 68 de la Ley 715 de 2001, establece que la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá la inspección, vigilancia y control del cumplimiento de las normas constitucionales y legales del sector salud.

Así las cosas, la Superintendencia Nacional de Salud, como cabeza del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es una entidad de carácter técnico adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente.

La Ley 1122 de 2007 en su Capítulo VII establece las disposiciones que enmarcan el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como el conjunto de normas, agentes y procesos articulados entre sí, el cual está en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias constitucionales y legales, funciones que deberá enfocar hacia el financiamiento, el aseguramiento, la prestación de servicios de atención en salud pública, la atención al usuario y participación social, las acciones y medidas especiales, la información y la focalización de los subsidios en salud.

Dicho marco normativo establece también las funciones y facultades de la Superintendencia Nacional de Salud, entre las cuales se encuentran, la de ejercer la competencia preferente de la inspección, vigilancia y control para que cumplan con las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud e imponer las sanciones a que haya lugar en el ámbito de su competencia y denunciar ante las autoridades competentes las posibles irregularidades que se puedan estar cometiendo en el Sistema.

4.4.1. Objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud[11]

Son objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud:

a) Fijar las políticas de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud[12];

b) Exigir la observancia de los principios y fundamentos del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud[13];

c) Vigilar el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud y promover el mejoramiento integral del mismo;[14]

d) Proteger los derechos de los usuarios, en especial, su derecho al aseguramiento y al acceso al servicio de atención en salud, individual y colectiva, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad en las fases de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud[15]

e) Velar porque la prestación de los servicios de salud se realice sin ningún tipo de presión o condicionamiento frente a los profesionales de la medicina y las instituciones prestadoras de salud; [16]

f) Velar por la eficiencia en la generación, recaudo, flujo, administración, custodia y aplicación de los recursos con destino a la prestación de los servicios de salud; [17]

g) Evitar que se produzca el abuso de la posición dominante dentro de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud; [18]

h) Promover la participación ciudadana y establecer mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad, que deberá efectuarse **por lo menos una vez al año**, por parte de los actores del Sistema. [19]

i) Supervisar la calidad de la atención de la salud, mediante la inspección, vigilancia y control del aseguramiento, la afiliación, la calidad de la prestación de los servicios y la protección de los usuarios.[20]

4.4.2. Ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud (SUPERSALUD).[21]

a) Financiamiento. Su objetivo es vigilar por la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del sector salud.

b) Aseguramiento. Su objetivo es vigilar el cumplimiento de los derechos derivados de la afiliación o vinculación de la población a un plan de beneficios de salud.

c) Prestación de servicios de atención en salud pública. Su objetivo es vigilar que la prestación de los servicios de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

d) Atención al usuario y participación social. Su objetivo es garantizar el cumplimiento de los derechos de los usuarios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como los deberes por parte de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud; de igual forma promocionar y desarrollar los mecanismos de participación ciudadana y de protección al usuario del servicio de salud.

e) Eje de Acciones y Medidas Especiales.[22] Su objetivo es adelantar los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplen funciones de Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Salud de cualquier naturaleza y monopolios rentísticos cedidos al sector salud no asignados a otra entidad, así como para intervenir técnica y administrativamente las direcciones territoriales de salud. Tratándose de liquidaciones voluntarias, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá inspección, vigilancia y control sobre los derechos de los afiliados y los recursos del sector salud. En casos en que la Superintendencia Nacional de Salud revoque el certificado de autorización o funcionamiento que le otorgue a las Entidades Promotoras de Salud o Instituciones Prestadoras de Salud, deberá decidir sobre su liquidación.

f) Información. Vigilar que los actores del Sistema garanticen la producción de los datos con calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia.

g) Focalización de los subsidios en salud. Vigilar que se cumplan los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios y la aplicación del gasto social en salud por parte de las entidades territoriales.

4.5. Competencia Para la Aprobación de Planes Voluntarios de Salud

De conformidad con lo previsto en el numeral 25 del artículo 17 del Decreto 1018 de 2007, la Superintendencia Delegada para la Atención en Salud tiene la función de:

"25. Aprobar los planes adicionales de salud;".

En concordancia con lo anterior y según lo dispone el numeral 28 del referido artículo, es función de la Superintendencia Delegada para la Atención en Salud:

"28. Presentar ante el Superintendente Nacional de Salud los actos administrativos que autoricen el funcionamiento de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) de los regímenes contributivo, subsidiado y planes adicionales de salud verificando que cumplan las condiciones técnicas y científicas, exigidas por la normatividad vigente, como requisitos y obligaciones para su operación o puesta en marcha, así como para su permanencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud;".

A su vez, conforme lo dispone el numeral 10 del artículo 19 del Decreto 1018 de 2007, es función de la Dirección General de Aseguramiento:

"10. Proyectar y presentar para consideración del Superintendente Delegado providencia debidamente motivada, para la autorización de la modificación o ampliación de la cobertura de afiliación de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, las Empresas Solidarias de Salud, las Asociaciones Mutuales, las Entidades Promotoras de Salud Indígenas, las Cajas de Compensación Familiar, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud, los Servicios de Ambulancia Prepagada y las Universidades cuando presten los servicios de salud;"

El Despacho del Superintendente tendrá, entre otras funciones, las siguientes:

"5. Autorizar la constitución de las Entidades Promotoras de Salud del régimen contributivo y subsidiado y efectuar la inspección, vigilancia y control del cumplimiento de las normas que regulan la solidez financiera de las mismas. Expedir, suspender o revocar el certificado de funcionamiento o de habilitación a las Entidades Promotoras de Salud de cualquier naturaleza que administren cualquier régimen, y las que presten servicios de Medicina Prepagada, Ambulancia Prepagada y de Planes Voluntarios de Salud. [23]

Serán sujetos de inspección, vigilancia y control integral de la Superintendencia Nacional de Salud, entre otros, los siguientes:[24]

1. Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, las Empresas Solidarias, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las actividades de salud que realizan las aseguradoras, **las Entidades que administren planes voluntarios de salud**, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las administradoras de riesgos profesionales en sus actividades de salud. Las entidades pertenecientes a los regímenes especiales o excepcionales en salud, sin perjuicio de las competencias de la Superintendencia de Subsidio Familiar. [25]

2. Los agentes que ejerzan cualquier función o actividad del Sector Salud o del Sistema General de Seguridad Social en Salud.[26]

5. Actuación administrativa.

5.1. Antecedentes de la Actuación Sub examine

5.1.1. Mediante Resolución Nº 0371 del 3 de abril de 2008, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, se autorizó el funcionamiento de la **Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo Nueva EPS S. A.,** para operar el régimen contributivo.

5.2. Solicitud de aprobación del "plan de atención complementaria en casa

5.2.1. La Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo Nueva EPS S. A., mediante comunicación radicada con el NURC 1-2011-093422 del 1 de noviembre de 2011, presentó ante la Superintendencia Delegada para la Atención en Salud, solicitud de verificación y aprobación del **"Plan de Atención Complementaria En Casa".** (Folios 1 al 355 Tomo 1).

---

11 Artículo 39, Ley 1122 de 2007; artículo 3°, Decreto 1018 de 2007.

12 Literal (a) artículo 39, Ley 1122 de 2007; numeral 1, artículo 3º, Decreto 1018 de 2007.

13 Literal (b) artículo 39, Ley 1122 de 2007; numeral 5, artículo 3º, Decreto 1018 de 2007.

14 Literal (c) artículo 39, Ley 1122 de 2007; numeral 2, artículo 3º, Decreto 1018 de 2007.

15 Literal (d) artículo 39, Ley 1122 de 2007; numeral 6, artículo 3º, Decreto 1018 de 2007.

16 Literal (e) artículo 39, Ley 1122 de 2007; numeral 7, artículo 3º, Decreto 1018 de 2007.

17 Literal (f) artículo 39, Ley 1122 de 2007; Numeral 4, artículo 3º, Decreto 1018 de 2007.

18 Literal (g) artículo 39º, Ley 1122 de 2007; Numeral 8, artículo 3º, Decreto 1018 de 2007.

19 Literal (h) artículo 39º, Ley 1122 de 2007; Numeral 9, artículo 3º, Decreto 1018 de 2007.

20 Numeral 3º, artículo 3º, Decreto 1018 de 2007.

21 Artículo 37º, Ley 1122 de 2007.

22 Artículo 124 de la Ley 1438 de 2011, modificatorio del numeral 5, artículo 37º, Ley 1122 de 2007.

23 Numeral 9, artículo 8º, Decreto 1018 de 2007.

24 Artículo 121, Ley 1438 de 2011; artículo 4°, Decreto 1018 de 2007.

25 Numeral 1, artículo 121, Ley 1438 de 2011; numeral 6 y el parágrafo, artículo 4º, Decreto 1018 de 2007.

26 Numeral 8, artículo 4°, Decreto 1018 de 2007.

5.2.2. La Superintendencia Delegada para la Atención en Salud (e.), mediante memorando interno radicado con el NURC 3-2011-021206 de fecha 17 de noviembre de 2011, solicitó a la Dirección General de Calidad y de Prestación de Servicios de Salud (e.), evaluar y emitir el concepto técnico de calidad de su competencia. (Folio 1).

5.2.3. La Superintendencia Delegada para la Atención en Salud (e.), mediante memorando interno radicado con el NURC 3-2011-021207 de fecha 17 de noviembre de 2011, solicitó a la Superintendencia Delegada para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos para la Salud, evaluar y emitir concepto técnico financiero de competencia de su Despacho. (Folio 2).

5.2.4. La Superintendencia Delegada para la Atención en Salud (e.), mediante memorando interno radicado con el NURC 3-2011-021306 de fecha 18 de noviembre de 2011, solicitó a la Coordinación del Grupo de Aseguramiento del Riesgo y de la Salud, evaluar y emitir concepto técnico jurídico correspondiente. (Folio 3).

5.2.5. Mediante Memorando radicado con el NURC 3-2011-022504 de fecha 5 de diciembre de 2011, la Coordinadora del Grupo de Aseguramiento del Riesgo de la Salud, informó que las mismas no cumplen con la totalidad de los requisitos que exige la Circular Única número 047 de 2007, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud. (Folios 4 al 13).

5.2.6. La Superintendencia Delegada para la Atención en Salud, solicitó mediante oficio radicado con el NURC 2-2011-088936 de fecha 14 de diciembre de 2011, al Representante Legal de la **Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo Nueva EPS S. A.,** presentar la información acorde a lo señalado en la Circular Única número 047 de 2007, tal como se observa a folio 14 del paginario.

5.2.7. La Superintendencia Delegada para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos para la Salud, una vez analizada y evaluada la información en comento, a través de memorando radicado con el NURC 3-2011-023352 de fecha 15 de diciembre de 2011, emitió concepto favorable, conforme se expondrá más adelante. (Folios 15 al 18).

5.2.8. A folios 19 al 112 del paginario, se observa la respuesta dada por el doctor **José Fernando Cardona Uribe,** Representante Legal de la **Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo Nueva EPS S. A.**

5.2.9. Analizada y evaluada la documentación aportada para la aprobación de los Planes Complementarios objeto de aprobación, la Superintendencia Delegada para la Atención en Salud - Dirección General de Calidad y de Prestación de Servicios de Salud, a través de memorando radicado con el NURC 3-2012-002350 de fecha 16 de febrero de 2012, emitió concepto técnico desfavorable, por no cumplir con los requisitos estipulados en la Circular Única de 2007 y modificatorias, Decreto 806 de 1998, Decreto 800 de 2003 y Decreto 1485 de 1994, necesarios para la Aprobación del **"Plan de Atención Complementaria En Casa",** tal como se observa a folios 161 al 164; en consecuencia, se solicitó a **la Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo Nueva EPS S. A.,** realizar las correcciones del caso, tal y como consta en oficio radicado con el NURC 2-2012-009776 del 21 de febrero de 2012. (Folios 165 al 168).

5.2.10. La Coordinadora del Grupo de Aseguramiento del Riesgo de la Salud, mediante memorando radicado con el NURC 3-2012-002669 de fecha 22 de febrero de 2012, emite concepto favorable a la minuta del **"Plan de Atención Complementaria En Casa",** por ajustarse la misma a lo dispuesto en el artículo 17 del Decreto 1485 de 1994, el artículo 24 del Decreto 806 de 1998 y el capítulo II numerales 1.1, 1.2 y 1.3 de la Circular 047 de 2007. (Folios 169 al 172).

5.2.11. La **Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo Nueva EPS S. A.,** mediante escrito radicado con el NURC 1-2012-019947 de fecha 7 de marzo de 2012, remitió para revisión y aprobación la minuta del **"Plan de Atención Complementaria En Casa",** solicitada por la Delegada para la Atención en Salud. (Folios 173 al 175).

5.2.12. La Dirección de Calidad y Prestación de Servicios de Salud, mediante memorando radicado con el NURC 3-2012-007265 de fecha 23 de marzo de 2012, folios 220 al 232, emitió concepto desfavorable en relación a la documentación presentada por la **Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo Nueva EPS S. A.,** para solicitar la aprobación del **"Plan de Atención Complementaria En Casa".**

5.2.13. La Dirección General de Aseguramiento, mediante memorando radicado con el NURC 3-2012-011164 de fecha 1º de agosto de 2012, trasladó a la Oficina Asesora Jurídica, la minuta del contrato correspondiente al **"Plan de Atención Complementaria En Casa".**

5.2.14. Evaluados los ajustes presentados por la **Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo Nueva EPS S. A.,** para solicitar la aprobación del **"Plan de Atención Complementaria En Casa",** la Dirección de Calidad y Prestación de Servicios de Salud, mediante memorando radicado con el NURC 3-2012-011195 de fecha 2 de agosto de 2012, conceptuó que la minuta del **"Plan de Atención Complementaria En Casa", Cumple** con los requisitos establecidos de acuerdo con las observaciones presentadas por esta Dirección, tal como se observa a folio 235 A.

5.2.15. La Oficina Asesora Jurídica mediante memorando radicado con el NURC 3-2012-015345 de fecha 10 de octubre de 2012, emitió concepto favorable en relación a la **Minuta del contrato de prestación de servicio "Plan de Atención Complementaria En Casa",** presentado por la **Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo Nueva EPS S. A.**, tal como se observa a folios 321 al 335.

6. Consideraciones de La Superintendencia Nacional de Salud

Esta Superintendencia, procede a efectuar el análisis y evaluación de la solicitud de aprobación del **"Plan de Atención Complementaria En Casa",** presentados por la **Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo Nueva EPS S. A.,** con el fin de determinar si satisface o no las condiciones necesarias para ser aprobados, y en consecuencia, establecer, si se reúnen los supuestos necesarios, para acceder a la correspondiente petición.

6.1. Concepto Técnico Financiero

La Superintendencia Delegada para la Generación y Gestión de los Recursos para la Salud, mediante memorando radicado con el NURC 3-2011-023352 del 15 de Diciembre de 2011, emitió el concepto técnico de su competencia indicando en términos generales lo siguiente: (Folios 15 al 27).

"(...).

En respuesta a la solicitud contenida en el memorando de la referencia de fecha 17 de noviembre de 2011, me permito remitir el concepto financiero de la Nueva EPS S. A., para la aprobación de los planes de atención complementaria "Plan Integral" y "Plan En Casa".

De acuerdo con la información reportada por la Nueva EPS S. A., con corte a septiembre de 2011, en cumplimiento de la Circular Única, se presenta el siguiente resultado:

1. Margen de solvencia y patrimonio técnico:

Con base en lo establecido en el artículo 5° del Decreto 574 de 2007, modificado por el Decreto 1698 de 2007 "Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas deben mantener en todo momento y acreditar ante la Superintendencia Nacional de Salud, un monto de patrimonio técnico superior al monto de margen de solvencia.

Nueva EPS S. A.	*Miles de pesos Septiembre de 2011*
Número de afiliados promedio	*2.303.800*
UPC Promedio	*769*
Ingresos Operacionales	*1.770.539.542*
Factor de Riesgo FR	*0*
Valor Factor de Riesgo FR	*109.773.452*
Gastos Operativos	*2.519.424.132*
Siniestros Reconocidos más Transferencias ISS	*251.942.413*
Total gastos operativos más siniestros Reconocidos	*2.267.481.719*
Relación entre Gastos Operativos y Reconocidos	*90*
*Margen de Solvencia=FR*R*	*98.796.106*
PATRIMONIO TÉCNICO PRIMARIO	
a) Capital pagado	*86.045.115*
b) Reserva Legal	*125.224*
c) Prima en colocación de acciones	*0*
d) Utilidades no distribuidas netas de pérdidas acumuladas	*15.533.970*
e) Valor Total de los dividendos decretados en acciones por última asamblea	*0*
f) En caso de las entidades de carácter público se incluirán las garantías y las apropiaciones del Presupuesto General de la Nación	*0*
DEDUCCIONES	*0*
a) Pérdidas de ejercicios anteriores y del ejercicio en curso	*0*
b) Valor de las inversiones de capital realizadas en entidades cuyo objeto sea diferente al aseguramiento o prestación de servicios de salud	*0*
c) Inversiones en infraestructura destinadas o usadas para prestación de servicios de salud en forma directa o indirecta	*0*
SUBTOTAL PRIMARIO	*101.704.309*
PATRIMONIO TÉCNICO SECUNDARIO	*0*
a) Reservas estatutarias	*0*
b) Reservas ocasionales	*0*
c) Valorizaciones de activos fijos utilizados en giro ordinario de los negocios y 50% de valorizaciones de demás activos contabilizados	*0*
d) Valorizaciones de inversiones cuyo objeto sea diferente al aseguramiento o prestación de servicios de salud	*0*
e) Las utilidades no distribuidas de ejercicios anteriores y las del ejercicio en curso en el monto no computable en el capital primario	*0*
SUBTOTAL SECUNDARIO	*0*
TOTAL PATRIMONIO TÉCNICO	*101.704.309*
SUFICIENCIA PATRIMONIO TÉCNICO	*2.908.203*
Fuente: Información Circular Única archivo 151	

Una vez realizado el análisis a la información financiera reportada por la Nueva EPS S. A., en el archivo tipo 151 de la Circular Única, se evidencia que a septiembre de 2011, presenta un Patrimonio Técnico de $101.704.309 miles y un Margen de Solvencia de $98.796.106 miles y una suficiencia Patrimonial de $2.908.203 miles.

2. PATRIMONIO MÍNIMO

• En cumplimiento de los Decretos 1485 de 1994 y 574 de 2007, las Entidades Promotoras que administren el régimen contributivo y/o subsidiado deberán determinar y acreditar trimestralmente un patrimonio mínimo igual o superior al equivalente a diez mil (10.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes (SMLMV).

• Adicionalmente, el artículo 2° del Decreto 800 de 2003, contempla: "Patrimonio para operación del Plan de Atención Complementaria. Las entidades que administren planes de atención complementaria deberán acreditar un patrimonio equivalente a cuatro mil (4.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Este patrimonio se deberá acreditar a más tardar dentro de los tres (3) meses siguientes a la vigencia del presente decreto".

• La Nueva EPS S. A., debe acreditar un patrimonio de catorce mil (14.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes (SMLMV).

PATRIMONIO MÍNIMO Nueva EPS S. A.	*Miles de pesos*
Capital Suscrito y Pagado (31050501)	*86.045.115*
Capital Asignado (3120)	*0*
Reserva Legal (33050501)	*125.224*
Prima en Colocación de Acciones (32050501)	*0*
Pérdidas del Ejercicio (36100501)	*0*
Pérdidas Acumuladas (Ejercicios Anteriores) (37100101)	*0*
PATRIMONIO MÍNIMO	*86.170.339*
PATRIMONIO REQUERIDO (POS + PAC)	*7.498.400*
Suficiencia Patrimonial	*78.671.939*
Fuente: Información Circular Única archivo 001	

*La Nueva EPS S. A., registra una **Suficiencia en el Patrimonio Mínimo** de $78.671.939 miles. Es de anotar que la EPS tiene previsto realizar inversiones de capital en el proyecto por valor de $6.953 millones en dos (2) años.*

3. ESTADO DE RESULTADOS PROYECTADOS

				Millones de pesos	
CUENTAS	**AÑO 1**	**AÑO 2**	**AÑO 3**	**AÑO 4**	**AÑO 5**
Ingresos operacionales	1.820	10.527	22.108	36.202	51.213
Costo médico	1.223	6.988	14.655	23.979	33.866
Utilidad bruta	**597**	**3.539**	**7.453**	**12.223**	**17.347**
Gasto administrativo y de ventas	3.251	4.753	6.331	8.058	9.488
Utilidad operacional	**-2.654**	**-1.214**	**1.122**	**4.165**	**7.859**
Ingresos menos egresos no operacionales	-127	-204	-291	-385	-347
Utilidad antes de impuestos	**-2.781**	**-1.418**	**831**	**3.780**	**7.512**
Impuesto de renta	0	0	274	1.247	2.479
Utilidad neta	**-2.781**	**-1.418**	**557**	**2.533**	**5.033**
Fuente: Información enviada por la Nueva EPS					

La Nueva EPS remite el estado de resultados proyectado a cinco (5) años, en el cual se determina que para los dos primeros años presenta pérdidas el proyecto y a partir del tercer año, genera utilidades. Las cuales se incrementan de manera importante a partir del cuarto año.

*En este contexto, la Superintendencia Delegada para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos para la Salud, emite concepto financiero de viabilidad a la Nueva EPS S. A., para la aprobación de los planes de atención complementaria **"Plan Integral"** y **"Plan En Casa".***

(...)".

6.2. Concepto Técnico de Calidad y Prestación de Servicios de Salud

Mediante memorando radicado con el NURC 3-2012-011195 de fecha 2 de agosto de 2012, la Dirección General de Calidad y de Prestación de Servicios de Salud de la Superintendencia Delegada para la Atención en Salud, emitió el concepto técnico de su competencia señalando lo siguiente: (Folio 235 A).

"(...).

Aspectos evaluados por parte de la dirección de calidad:

*Teniendo en cuenta que mediante Memorando NURC 3-2012-007265 del 23/05/2012 la Dirección General de Calidad y Prestación de Servicios emitió concepto de no cumplimiento de aprobación para los planes **"Integral"** y **"En Casa",** La Nueva EPS radicó documentación mediante NURC: 1-2012-053617 del 19/06/12, dando respuesta a cada uno de los puntos citados, como de no cumplimiento para cada uno de los planes.*

Sobre la solicitud de la referencia realizada por la Dirección General de Calidad y Prestación de Servicios de Salud, en el cual se definían las siguientes conclusiones:

5.1 "Metodología que la empresa utilizará para la operación del plan respecto de la Descripción de los servicios que conforman el plan (promoción y prevención, consulta externa, general y especializada, medicina diagnóstica y terapéutica, hospitalización, urgencias, cirugía, exámenes diagnósticos y odontología) "en lo correspondiente al servicio de "Asistencia en Viaje al Exterior", incluido en el Plan Integral, sobre lo que considero realizar un análisis jurídico para definir la competencia de esta Superintendencia.

*5.2. "Descripción y comparación de los beneficios y de las condiciones de atención adicionales, ofrecidas por el plan de atención complementario (comodidad y **red de prestación de servicios** y/o actividades, intervenciones o procedimientos adicionales a los previstos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, o expresamente excluidos de este) y comparación con los demás planes que estén comercializando", por cuanto:*

*5.2.1. No se evidencia la verificación de la habilitación de la red de prestación de servicios de salud propuesta por la Nueva EPS que permita verificar la capacidad de la red propuesta para garantizar "los beneficios y de las condiciones de atención adicionales, ofrecidas por el plan de atención complementario" incluidos en los planes **Integral** y **En Casa.***

5.2.2. No se plantea una cobertura geográfica donde se proyecta comercializar cada plan a efectos de verificar la red con la cual se va a ofertar cada plan.

*5.2.3. No se presenta la red separada para cada plan que permita a esta Dirección la verificación de "las condiciones de atención adicionales, ofrecidas por el plan de atención complementario (comodidad y **red de prestación de servicios** y/o actividades, intervenciones o procedimientos adicionales a los previstos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, o expresamente excluidos de este) y comparación con los demás planes que estén comercializando" propuestas por Nueva EPS para cada plan.*

Conclusión

*Una vez realizada la revisión de los aspectos concernientes a la Dirección General de Calidad y de Prestación de Servicios de Salud para la autorización de los planes adicionales de salud (PAS) establecidos en la Circular Única 047 de 2008 de la Superintendencia Nacional de Salud, modificada por la circular 049 de 2007, capítulo segundo empresas que administran planes adicionales de salud (PAS), se encuentra que la documentación presentada mediante NURC: 1-2012-053617 del 19/06/12 por la entidad Nueva EPS en respuesta a las observaciones realizadas por la Dirección general de Calidad y Prestación de Servicios de Salud mediante NURC: 3-2012-007265, enviada para solicitar la aprobación del Plan Complementario denominado "Plan Integral" y "Plan En Casa" **Cumple** con los requisitos establecidos de acuerdo con las observaciones presentadas por esta Dirección en los siguientes aspectos:*

5.1 "Metodología que la empresa utilizará para la operación del plan respecto de la Descripción de los servicios que conforman el plan (promoción y prevención, consulta externa, general y especializada, medicina diagnóstica y terapéutica, hospitalización, urgencias, cirugía, exámenes diagnósticos y odontología) "en lo correspondiente al servicio de "Asistencia en viaje al exterior", incluido en el Plan Integral, sobre lo que considero realizar un análisis jurídico para definir la competencia de esta Superintendencia.

La Nueva EPS envía respuesta al requerimiento el cual está consignado de los folios 1 al 3 de la documentación enviada, esta respuesta deberá ser evaluada por un Abogado de la Dirección General de Aseguramiento en Salud, por tratarse de un concepto jurídico.

*5.2. "Descripción y comparación de los beneficios y de las condiciones de atención adicionales, ofrecidas por el plan de atención complementario (comodidad y **red de prestación de servicios** y/o actividades, intervenciones o procedimientos adicionales a los previstos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, o expresamente excluidos de este) y comparación con los demás planes que estén comercializando", por cuanto:*

*5.2.1. No se evidencia la verificación de la habilitación de la red de prestación de servicios de salud propuesta por la Nueva EPS que permita verificar la capacidad de la red propuesta para garantizar "los beneficios y de las condiciones de atención adicionales, ofrecidas por el plan de atención complementario" incluidos en los Planes **Integral** y En **Casa.***

*5.2.3. No se presenta la red separada para cada plan que permita a esta Dirección la verificación de "las condiciones de atención adicionales, ofrecidas por el plan de atención complementario (comodidad y **red de prestación de servicios** y/o actividades, intervenciones o procedimientos adicionales a los previstos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, o expresamente excluidos de este) y comparación con los demás planes que estén comercializando" propuestas por Nueva EPS para cada plan.*

La Nueva EPS evidencia respuesta a los requerimientos en los folios 3 al 296 de la siguiente forma:

Información detallada de las coberturas adicionales al POS para cada uno de los planes.

Cuadro comparativo de la Red del plan Integral y plan Casa donde se incluye el código de prestador y los servicios diferenciales frente al POS para cada uno de los mismos.

5.2.2. No se plantea una cobertura geográfica donde se proyecta comercializar cada plan a afectos de verificar la red con la cual se va a ofertar cada plan.

*La Nueva EPS evidencia respuesta a los requerimientos en el folio 25 de la documentación enviada, en donde se hace referencia a la cobertura geográfica donde se proyecta comercializar los planes **"Integral"** y **"En Casa"** en las siguientes ciudades:*

Bogotá.
Ibagué.
Neiva.
Armenia.
Manizales.
Pereira.
Medellín.
Bucaramanga
Cúcuta.
Barranquilla.
Cartagena.
Santa Marta.
Valledupar.
Cali.
(...)".

6.3. Concepto jurídico a la minuta del "plan de atención complementaria en casa"

De conformidad con lo plasmado en memorando radicado con el NURC 3-2012-015337 de fecha 10 de octubre de 2012, la Oficina Jurídica de la Superintendencia Nacional de Salud, se pronunció respecto del cumplimiento de los requisitos de la minutas del **"Plan de Atención Complementaria En Casa",** en los siguientes términos:

"(...).

*Previo el marco conceptual que antecede, procede la Oficina Asesora Jurídica de la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con lo previsto en el Título II, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, Capítulo Segundo, Empresas que Administran Planes Adicionales de Salud, de la Circular Externa número 47 de 2007, Circular Única, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, a emitir **Concepto Jurídico** respecto a la **Minuta del Contrato de Prestación de Servicios Plan de Atención Complementaria "Plan En Casa"** presentado por **Nueva EPS,** con base en la documentación allegada a la Oficina Asesora Jurídica.*

N°	**REQUISITO**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**NO APLICA**
2.1.1	**CONTENIDO**			
2.1.1.1	Nombre del plan	PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA PLAN EN CASA		
2.1.1.2	Encabezado	• Cumple		
2.1.1.3	Objeto del contrato	• Cláusula primera		
2.1.1.4	Obligaciones de las partes	• Cláusula octava y novena		
2.1.1.5	Definiciones	• Cláusula segunda		
2.1.1.6	Clases de servicios a prestar	• Cláusula cuarta		
2.1.1.7	Redacción clara	• Cumple		
2.1.1.8	En castellano	• Cumple		

Nº	REQUISITO	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
2.1.1.9	Fácil comprensión para el usuario	• Cumple		
2.1.1.10	Caracteres legibles	• Cumple		
2.1.1.11	**CARÁTULA**	• Cumple - Folio 91		
2.1.1.11.1	Identificación del contratante	• Cumple - Folio 91		
2.1.1.11.2	Fecha de inicio de la vigencia del contrato	• Cumple - Folio 91		
2.1.1.11.3	Vigencia del contrato	• Cumple - Folio 91		
2.1.1.11.4	Precio acordado	• Cumple - Folio 91		
2.1.1.11.5	Forma y período de pago	• Cumple - Folio 91		
2.1.1.12	Vigencia del contrato	• Cláusula undécima		
2.1.1.13	Precio acordado	• Cláusula décimo novena y anexo 2		
2.1.1.14	Descuentos	Cláusula décimo novena y anexo 2		
2.1.1.15	Examen médico de ingreso	• Cláusula tercera parágrafo (No tiene).		
2.1.1.16	Forma y período de pago	• Cláusula décimo novena y anexo 2		
2.1.1.17	Fecha de solicitud	• Cláusula segunda numeral 15		
2.1.1.18	Fecha de aceptación por parte de la entidad contratista	• Cláusula segunda numeral 17		
2.1.1.19	Fecha de contratación	• Cláusula segunda numeral 18 (a la firma del contrato).		
2.1.1.20	Exclusiones	• Cláusula sexta		
2.1.1.21	Concepto de preexistencias	• Cláusula segunda numeral 27		
2.1.1.22	Terminación del contrato	• Cláusula duodécima		
2.1.1.23	Modificación del contrato	• Cláusula trigésimo tercera		
2.1.1.24	Afiliación al régimen contributivo	• Cláusula trigésima primera		
2.1.1.25	Identificación de los usuarios	• Capítulo I - Partes		
2.1.1.26	Tipo de plan	• Cláusula primera parágrafo primero - Plan de Atención Complementaria del POS		
2.1.1.27	Renovación de contratos	• Cláusula undécima		
2.1.1.28	Resolución de controversias	• Cláusula vigésimo octava		
2.1.1.29	Responsabilidad civil y administrativa	• Cláusula vigésimo quinta		
2.1.1.30	Negación del servicio	• Cláusula décimo séptima		
2.1.1.31	Trámite de quejas	• Manual del Usuario		
2.1.1.32	Inclusión de usuarios	• Cláusula tercera (3.1)		
2.1.1.33	Régimen de períodos mínimos de cotización, copagos y cuotas moderadoras	• Folio 74		
2.1.1.34	Requerimientos para constituir en mora	• Cláusula décimo sexta		
2.1.1.35	**ANEXOS OBLIGATORIOS**			
2.1.1.35.1	La solicitud del contratante	• Folio 87		
2.1.1.35.2	La declaración de salud	• Folio 88		
2.1.1.35.3	Pagos moderadores	• Folio 83		
2.1.1.35.4	Directorios médicos o red de prestadores de servicios	• Folio 78		
2.1.1.35.5	Preexistencias	• No tiene preexistencias		
2.1.1.35.6	Relación de documentos que integran el contrato	• Cláusula vigésimo tercera (Anexos del contrato)		
2.1.1.35.7	Procedimiento administrativo para la utilización y acceso a los servicios del plan	• Manual del Usuario		
2.1.1.35.8	Procedimiento administrativo para autorizaciones	• Manual del Usuario		
2.1.1.35.9	Procedimiento administrativo para reembolsos	• Cláusula séptima y Manual del Usuario		
2.1.1.35.10	Información sobre la línea 24 horas	• Manual del Usuario		
2.1.1.35.11	Solicitud y entrega de carnés	• Manual del Usuario		
2.1.1.35.12	Horarios y puntos de atención	• Manual del Usuario		
2.1.1.35.13	Procedimiento administrativo para la atención de urgencias	• Manual del Usuario		
2.1.1.35.14	Procedimiento administrativo para la práctica del examen médico	• Manual del Usuario		
2.1.1.35.15	Procedimiento administrativo para acceder al programa de pagos moderadores	• Manual del Usuario		
2.1.1.36	Firma de los contratantes y copia para las partes	• Cumple		

Acorde con lo anterior, la Oficina Asesora Jurídica emite ***Concepto Jurídico Favorable*** *en relación con la* ***Minuta del Contrato de Prestación de Servicios del Plan de Atención Complementaria "Plan En Casa"*** *presentado por* ***Nueva EPS****, conforme a las especificaciones antes señaladas.*

(...)".

De otro lado, la Superintendencia Delegada para la Atención en Salud, mediante comunicación de fecha 19 de octubre de 2012, expidió certificación en la que consta que la **Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo Nueva EPS S. A.**, adjuntó los documentos que señala la Circular Única de esta Superintendencia, en lo relacionado con los Planes Adicionales de Salud hoy Planes Voluntarios de Salud, y dentro de estas, lo relacionado con los Planes de Atención Complementaria (PAC), dando cumplimiento a las disposiciones que regulan la materia. Así las cosas y teniendo en cuenta los conceptos a que se hizo alusión anteriormente, la **Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo Nueva EPS S. A.**, cumple con los requisitos exigidos en La Circular Única para llevar a cabo la autorización solicitada, sobre el **"Plan de Atención Complementaria En Casa"**.

De esta manera, se evidencia que la **Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo Nueva EPS S. A**., a través del Plan de Atención Complementario que pretende comercializar, tiene por objeto brindar a los usuarios del servicio de salud, una atención opcional y voluntaria a la ofrecida de manera general por las Entidades Promotoras de Salud, bajo el esquema del Plan Obligatorio de Salud (POS) y por los Regímenes Especiales o Excepcionales de Salud, bajo el esquema de sus Planes de Beneficios de Salud.

Es de resaltar que el **"Plan de Atención Complementaria En Casa",** solo podrá celebrarse o renovarse, con aquellas personas que se encuentren afiliadas al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, o a uno de los Regímenes Especiales o Excepcionales en Salud, de que trata el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, ya sea en calidad de cotizantes o en calidad de beneficiarios, pues no hacerlo significa que el Plan de Atención Complementaria en mención deberá responder por la atención integral en salud que sea demandada por el usuario, con el objeto de proteger el derecho a la vida y a la salud de los beneficiarios del Plan Complementario aprobado, tal y como lo establece el artículo 20 del Decreto 806 de 1998.

Así mismo, los usuarios del **"Plan de Atención Complementaria En Casa",** podrán elegir libre y espontáneamente si utilizan el POS, o el plan voluntario en el momento de utilización del servicio, frente a lo cual la **Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo Nueva EPS S. A.,** no podrá condicionar su acceso a la previa utilización del otro plan. Esta elección no puede, en manera alguna, acarrearle una erogación patrimonial a su cargo, desmejorar su condición, atención y garantías, así como el principio de conocimiento informado.

Ahora bien, teniendo en cuenta que la contratación del **"Plan de Atención Complementaria En Casa",** es de carácter potestativo, los costos derivados del contrato deben ser asumidos por quien lo contrata. Pudiendo excluirse solamente del objeto contractual, aquellos padecimientos del usuario que previa, expresa y taxativamente se encuentren mencionados en las cláusulas de la minutas o en sus anexos, cuando sean considerados por el contratante como preexistencias.

La **Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo Nueva EPS S. A.,** debe tener en cuenta que las condiciones inicialmente pactadas en virtud del **"Plan de Atención Complementaria En Casa",** no podrán modificarse de manera unilateral, ni podrá trasladarse la responsabilidad frente a la atención del usuario o condicionar la misma de manera injustificada, pues de hacerlo se constituirá una práctica ilegal sancionable por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Recreado el escenario de facto y de derecho atinente al asunto sub examine, este Despacho concluye que el **"Plan de Atención Complementaria En Casa",** de la **Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo Nueva EPS S. A.,** cumple con los requisitos exigidos en la normatividad vigente que regula el tema.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1°. *Aprobar* el **"Plan de Atención Complementaria En Casa",** presentado por la **Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo Nueva EPS S. A.,** por las razones expuestas en la parte motiva del presente acto administrativo.

Parágrafo. **La Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo Nueva EPS S. A.,** una vez inicie la comercialización del **"Plan de Atención Complementaria En Casa",** debe propender y garantizar el cumplimiento del patrimonio mínimo exigido en la normatividad vigente que regula el tema.

Artículo 2°. *Aprobar* la **minuta del contrato** del **"Plan de Atención Complementaria En Casa",** de la **Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo Nueva EPS S. A.,** la cual hace parte integral de la presente resolución.

Artículo 3°. *Aprobar* las tarifas del **"Plan de Atención Complementaria En Casa",** las cuales para todos sus efectos serán las siguientes:

PLAN EN CASA

TARIFAS CUOTA MES INDIVIDUAL				
CONTRATO	*POS NUEVA EPS*		*POS OTRAS COMPAÑÍAS*	
	RANGO DE EDAD		*RANGO DE EDAD*	
	0 -59	*60+*	*0-59*	*60+*
INDIVIDUAL	*$41.950*	*$41.950*	*$46.550*	*$46.550*
2 PERSONAS	*$41.500*	*$41.500*	*$45.300*	*$45.300*
3 PERSONAS O MAS	*$41.100*	*$41.100*	*$44.850*	*$44.850*

TARIFAS CUOTA MES COLECTIVO				
CONTRATO	*POS Nueva EPS*		*POS OTRAS COMPAÑIAS*	
	RANGO DE EDAD		*RANGO DE EDAD*	
	0 -59	*60+*	*0-59*	*60+*
COLECTIVO 1 16-50 cotizantes	*$40.650*	*$40.650*	*$44.450*	*$44.450*
COLECTIVO 2 51-100 cotizantes	*$40.250*	*$40.250*	*$44.000*	*$44.000*
COLECTIVO 3 101-300 cotizantes	*$39.800*	*$39.800*	*$43.550*	*$43.550*
COLECTIVO 4 > 301 cotizantes	*$39.400*	*$39.400*	*$42.700*	*$42.700*

***ESTAS TARIFAS NO INCLUYEN IVA**

Parágrafo. Las tarifas del **"Plan de Atención Complementaria En Casa",** de la **Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo Nueva EPS S. A.,** tendrán una vigencia por año contractual. A partir de la renovación, estas tendrán un incremento fijado por la EPS, pudiendo tomar para el efecto una mezcla de indicadores tales como inflación, el índice de precios al consumidor y porcentajes fijos. En todo caso la entidad deberá estar en capacidad de suministrar a sus agentes y usuarios actualmente vinculados la proyección del aumento aproximado de la tarifa para el año siguiente.

Artículo 4°. *Asignar* el **Código PV01** al **"Plan de Atención Complementaria En Casa",** de la **Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo Nueva EPS S. A.,** para efectos de su identificación, así como para el manejo de la información que interesa a los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los Regímenes Especiales y Excepcionales en Salud.

Artículo 5°. *Notificar* personalmente el contenido de la presente Resolución, al doctor **José Fernando Cardona Uribe,** en su calidad de Representante Legal de la **Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo Nueva EPS S. A.,** o a quien haga sus veces, o a quien se identifique para tal fin, en la Carrera 85K Nº 46ª-66 de la ciudad de Bogotá D. C., o la dirección que se indique para tal fin.

Parágrafo 1°. De conformidad con el artículo 49 de la Resolución 3140 de 2011, en concordancia con el artículo 69 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, se procederá a notificarse por Aviso, si luego de transcurridos cinco (5) días del envío de la citación, esta se hará por medio de Aviso, el cual se remitirá a la dirección, al número de fax o al correo electrónico que figuren en el expediente o pidan obtenerse del Registro mercantil, acompañado de copia íntegra del Acto Administrativo. El Aviso deberá indicar la fecha y la del Acto que se notifica, la Autoridad que lo expidió, los Recursos que Legalmente proceden, las Autoridades ante quienes deben interponerse , los plazos respectivos y la advertencia de que la notificación se considerará surtida al finalizar el día siguiente al de la entrega del aviso en el lugar del destino.

Cuando se desconozca la información sobre el destinatario, el aviso, con copia íntegra del Acto Administrativo, se publicará en la página electrónica de la Superintendencia Nacional de Salud y, en todo caso, en un lugar de acceso al público de la Entidad por el término de cinco (5) días, con la advertencia de que la no notificación se considerará surtida al finalizar el día siguiente al retiro del aviso.

Artículo 6°. *Remitir* copia del presente acto administrativo para su conocimiento y fines pertinentes a la Oficina de Tecnología de la Información de la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 7°. La presente resolución rige a partir de su ejecutoria y contra la misma procede el recurso de reposición, ante el Despacho del Superintendente Nacional de Salud en los términos del Código Contencioso Administrativo.

Artículo 8°. Publicar el contenido de la presente Resolución en el ***Diario Oficial.***

Notifíquese, publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá D. C., a 1° de noviembre de 2012.

El Superintendente Nacional de Salud,

Gustavo Enrique Morales Cobo.

(C. F).

Establecimientos Públicos

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Dirección General

Resoluciones

RESOLUCIÓN NÚMERO 07565 DE 2012

(octubre 22)

por la cual se suprime el Comité de Investigación y Desarrollo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Cecilia de la Fuente de Lleras, y se derogan unas resoluciones

El Director General del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Cecilia de la Fuente De Lleras, en uso de sus facultades legales y en especial las consagradas en el artículo 78 de la Ley 489 de 1998 y el Decreto 987 de 2012, y

CONSIDERANDO:

Que el artículo 209 de la Constitución Política establece que la función administrativa debe estar al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, delegación y desconcentración de funciones.

Que mediante Resolución número 3094 del 27 de julio de 2010, se creó el Comité de Investigación y Desarrollo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Cecilia de la Fuente de Lleras – ICBF –, con el objeto de establecer las líneas de investigación que garanticen la coherencia y continuidad de la investigación desarrolladas por el Instituto y que permitan establecer criterios de focalización de los programas y servicios que el Instituto ofrece.

Que mediante Resolución número 3421 del 8 de agosto de 2011, se modificó el artículo 4° de la Resolución número 3094 de 2010, respecto de la periodicidad de las reuniones del Comité.

Que mediante el Decreto número 4155 del 3 de noviembre de 2011 y de conformidad con lo establecido en el inciso 2° del artículo 170 de la Ley 1448 de 2011, se transformó el establecimiento público Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional (Acción Social), en el Departamento Administrativo para la Prosperidad Social, como organismo principal de la administración pública del Sector Administrativo de Inclusión Social y Reconciliación.

Que mediante el Decreto número 4156 del 3 de noviembre de 2011, se determinó la adscripción del ICBF al Departamento Administrativo para la Prosperidad Social – DPS–, formando parte del Sector Administrativo de la Inclusión Social y Reconciliación.

Que teniendo en cuenta la necesidad de una adecuación organizacional basada en la modernización y el fortalecimiento del Gobierno, la gerencia y la calidad de los servicios que presta el ICBF, el Instituto modificó su estructura y determinó las funciones de sus dependencias mediante el Decreto número 987 del 14 de mayo de 2012, y en su artículo 25 estableció como funciones de la Subdirección de Monitoreo y Evaluación de la Dirección de Planeación y Control de Gestión, entre otras, las siguientes: i) Diseñar y promover las líneas de investigación y evaluación que deben ser desarrolladas por el Instituto y que permitan establecer criterios de mejora para los programas y servicios; ii) promover y mantener vínculos con la comunidad científica, para el desarrollo de las investigaciones de interés del Instituto, así como con las Entidades proveedoras de investigación y iii) coordinar con la Oficina Asesora de Comunicaciones, la difusión de las investigaciones y evaluaciones de impacto realizadas por el Instituto.

Que teniendo en cuenta lo anterior, es necesario suprimir el Comité de Investigación y Desarrollo del ICBF, por considerar que las funciones establecidas en dicho comité son asumidas con las funciones determinadas para la Subdirección de Monitoreo y Evaluación, según artículo 25 del Decreto 987 de 2012. Adicionalmente, en el marco de cada una de las investigaciones y evaluaciones, se conforma un Comité Técnico con participación de las firmas investigadoras y servidores públicos del ICBF responsables del tema para definir la metodología y el seguimiento del desarrollo de cada una de las investigaciones aprobadas.

Que en mérito de lo anterior,

RESUELVE:

Artículo 1°. Suprimir el Comité de Investigaciones y Desarrollo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Cecilia de la Fuente de Lleras, de acuerdo con lo señalado en la parte motiva de la presente resolución.

Artículo 2°. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las Resoluciones números 3094 de 2010 y 3421 de 2011 y las demás disposiciones que le sean contrarias.

Publíquese, comuníquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 22 de octubre de 2012.

El Director General,

Diego Andrés Molano Aponte.

(C. F.).

RESOLUCIÓN NÚMERO 07566 DE 2012

(octubre 22)

por la cual se actualiza el Plan de Enajenación Onerosa del ICBF.

El Director General del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Cecilia de la Fuente de Lleras, en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas por los artículos 62 y 66 de la Ley 75 de 1968, 39 de la Ley 7ª de 1979, y 8° de la Ley 708 de 2001, y el Decreto 4054 de 2011.

CONSIDERANDO:

Que los artículos 62 y 66 de la Ley 75 de 1968 y 39 de la Ley 7ª de 1979 determinan que el ICBF es el heredero del quinto orden sucesoral y destinatario de los bienes que se declaren como vacantes o mostrencos. Los bienes inmuebles de propiedad del ICBF recibidos en desarrollo de estas normas, por no estar sometidos a la obligación de oferta de donación a favor de otras entidades públicas, deben enajenarse para ingresar a su patrimonio el producido de las respectivas ventas.

Que el artículo 33[1] de la Ley 9ª de 1989 dispuso que las Entidades Públicas que hayan adquirido bienes a cualquier título deberán aplicarlos a los fines para los cuales fueron adquiridos o en su defecto enajenarlos.

Que el Instituto debe promover la venta de los inmuebles que no necesita para su uso, cualquiera que haya sido el título o modo de adquisición, por lo que adoptó su Plan de Enajenación Onerosa mediante la Resolución número 783 del 20 de abril de 2007, el cual se debe actualizar bimestralmente, conforme con lo dispuesto por el artículo 21 del Decreto 4054 de 2011.

Que de acuerdo con el inciso 2º del artículo 21 del Decreto 4054 de 2011, la entidad identificará los activos inmobiliarios que no sean requeridos para el ejercicio de sus funciones, excluyendo aquellos que: **(**i) estén ubicados en zonas declaradas de alto riesgo no mitigable, identificadas en el Plan de Ordenamiento Territorial y en los instrumentos que lo desarrollen o complementen, o en aquellas que de acuerdo a estudios geotécnicos que en cualquier momento adopte la Administración Municipal, Distrital o el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. (ii) no sean aptos para la construcción y los que estén ubicados en zonas de cantera que hayan sufrido grave deterioro físico. (iii) tengan la naturaleza de bienes inmuebles fiscales con vocación para la construcción de vivienda de interés social urbana o rural, los cuales deben ser reportados al Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, o al Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, siempre que se cumpla con lo establecido en el artículo 1º del Decreto 3111 de 2004 y el artículo 1º del Decreto 724 de 2002, o (iv) los contemplados en el inciso primero del artículo 1º de la Ley 708 de 2001.

Que el artículo 6º de la Resolución interna número 5920 de 13 de septiembre de 2012 dispuso que se podrán incluir en el Plan de Enajenación Onerosa los bienes inmuebles que se encuentren en saneamiento y que no tengan medida administrativa o jurisdiccional que los saque del comercio.

Que los inmuebles que ingresan al plan de enajenación Onerosa son:

[1] **ARTÍCULO 33.** *Todas las entidades públicas que hayan adquirido inmuebles a cualquier título o que los adquieran en lo sucesivo, también a cualquier título, deberán aplicarlos a los fines para los cuales fueron adquiridos. En el acto de adquisición se incluirá en forma expresa el fin para el cual fueron adquiridos los inmuebles. Las entidades públicas dispondrán de un término máximo de cinco (5) años contados desde la fecha de publicación de esta ley o a partir de la fecha de la adquisición del bien, según el caso, para cumplir con esta obligación. Si así no lo hicieren, deberán enajenarlos a más tardar a la fecha de vencimiento del término anterior.*

No.	Regional	Municipio	Dirección	Tipo de inmueble	No Matrícula Inmobiliaria	% de Propiedad	Avalúo Comercial	Fecha Avalúo
1	Bogotá	Bogotá	CL 63D Bis Nº 24-48	Casa	50C-450674	100%	$ 279.381.000	15/05/2012
2	Bogotá	Bogotá	Cl 69 Nº 7A-32 Apto 302	Apartamento	50C-322068	100%	$ 356.417.600	11/07/2012
3	Bogotá	Bogotá	Cl 26 Nº3 A 47 Apto 202	Apartamento	50C-37781	100%	$ 84.847.000	13/06/2012
4	Bogotá	Bogotá	Cl 115 Nº 53-86 Apto 504	Apartamento	50N686587	100%	$284.070.000	12/04/2012
5	Bogotá	Bogotá	KR 4 Nº 20-75 Oficina 103	Oficina	50C-631557	100%	$15.206.400	13/06/2012
6	Bogotá	Bogotá	KR 12B Nº 17-80 Sur	Casa	50S-40050502	100%	$259.488.000	12/04/2012
7	Bogotá	Bogotá	KR 91 Nº 99 A-34 Int.1 Apto. 604	Apartamento	50N-20352289	100%	$74.885.000	12/04/2012
8	Santander	San Gil	KR 11 Nº 17-29, 17-31,17-33	Lote	319-10996	100%	$255.600.000	18/09/2012

Que el Plan de Enajenación Onerosa del ICBF actualizado con estos inmuebles será publicado en la página web: www.icbf.gov.co y en el ***Diario Oficial.***

Que en mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1°. Actualizar el Plan de Enajenación Onerosa con los siguientes inmuebles:

No.	Regional	Municipio	Dirección	Tipo de inmueble	No Matrícula Inmobiliaria	% de Propiedad	Avalúo Comercial
1	Bogotá	Bogotá	CL 63D Bis Nº 24-48	Casa	50C-450674	100%	$ 279.381.000
2	Bogotá	Bogotá	Cl 69 Nº 7A-32 Apto 302	Apartamento	50C-322068	100%	$ 356.417.600
3	Bogotá	Bogotá	Cl 26 Nº3 A 47 Apto 202	Apartamento	50C-37781	100%	$ 84.847.000
4	Bogotá	Bogotá	Cl 115 Nº 53-86 Apto 504	Apartamento	50N686587	100%	$284.070.000
5	Bogotá	Bogotá	KR 4 Nº 20-75 Oficina 103	Oficina	50C-631557	100%	$15.206.400
6	Bogotá	Bogotá	KR 12B Nº 17-80 Sur	Casa	50S-40050502	100%	$259.488.000
7	Bogotá	Bogotá	KR 91 Nº 99 A-34 Int.1 Apto. 604	Apartamento	50N-20352289	100%	$74.885.000
8	Santander	San Gil	KR 11 Nº 17-29, 17-31,17-33	Lote	319-10996	100%	$255.600.000

Artículo 2°. Remitir copia de este acto administrativo a central de inversiones CISA S. A., dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a su publicación.

Artículo 3°. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

Publíquese, y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 22 de octubre de 2012.

El Director General,

Diego Andrés Molano Aponte.

ANEXO.

Plan de enajenación onerosa ICBF

Nº	Regional	Municipio	Dirección	Tipo de Inmueble	Nº Matrícula Inmobiliaria	Porcentaje de Propiedad	Avalúo Comercial % ICBF	Fecha Avalúo	Uso de Suelos	Área de Terreno (m^2)	Área de Construcción (m^2)	¿El inmueble posee Gravámenes? Si/No	¿Existen Contratos que afecten el inmueble? Si/No	¿El inmueble tiene poseedores o tenedores? Si/No
1	Antioquia	Medellín	KR 81 N° 32 F11/15/17	Casa	001-349379	87.50%	$399.974.717.00	Pendiente	Comercial	248,43	279,00	No	SI	Sí
2	Antioquia	Medellín	KR 91 N° 44-67, AP. 201	Apartamento	001-563009	58.00%	$49.126.477.00	Pendiente	Residencial		95,20	No	No	Sí
3	Antioquia	La Ceja	Fracción San Nicolás o Las Cruces	Lote	017-0024987	27,79%	$7.706.049.00	Pendiente	Rural	3.344,00	0,00	No	No	No
4	Antioquia	Medellín	KR 91 N° 44-67 apto. 302	Apartamento	001-00563012	39,00%	$30.172.677.00	Pendiente	Urbano	0,00	89,15	No	No	Sí
5	Antioquia	Medellín	CL 44 A N° 69-61/63	Casa	001-42816	45,21%	$165.961.308.00	Pendiente	Urbano	249,60	371,00	No	No	Sí
6	Antioquia	Bello	Cl. 55 N°50-64	Parqueadero	01N-262085	8,00%	$19.458.696.00	Pendiente	Urbano	388,00	373,00	No	No	Si
7	Bogotá	Bogotá	KR 72A N° 70-38	Lote con construcción	50C-788527	100,00%	$183.600.550.00	26/04/2012	Urbano	262,50	45,01	No	No	Sí
8	Bogotá	Bogotá	KR 13 N° 59-24 Local 131	Local	50C-688400	100,00%	$34.792.200.00	12/04/2012	Urbano	0,00	22,74	No	No	No
9	Bogotá	Bogotá	KR 41 C N° 5B-49	Casa	50C-1243291	70,23%	$119.868.564.00	26/04/2012	Residencial	147,00	208,00	No	No	Sí
10	Bogotá	Bogotá	KR 6 N° 14-60, OF. 513	Oficina	50C-343547	50,00%	$8136.000.00	Pendiente	Comercial	0,00	20,30	No	No	Sí
11	Bogotá	Bogotá	KR 21 N° 22-28	Bodega	50C-136651	37,50%	$29.968.687.50	25/04/2012	Residencial	140.60	120,35	No	No	Sí
12	Bogotá	Bogotá	KR 7 N° 1A- 34 Sur Garaje 1	Garaje	50S-40265745	86,15%	$4.771.417.75	25/04/2012	Residencial	0,00	10,45	No	No	No
13	Bogotá	Bogotá	KR 10 N° 22-57 (KR 12 N° 22-58)	Edificio	50C-867746	100,00%	$488.769.000.00	Pendiente	Urbano	186,10	855,70	No	No	Sí
14	Bogotá	Bogotá	Lote 160 Cementerio Central	Lote	50C-735014	50.00%	$6.900.000.00	12/04/2012	Urbano	18.00	0,00	No	No	No
15	Bogotá	Bogotá	KR 55 N° 3-15	Casa	50C-81112	100,00%	$108.480.000.00	12/04/2012	Urbano	120.04	121,30	No	Si	No
16	Bogotá	Bogotá	KR 13 N° 59-24 Local 126	Local	50C-688395	100.00%	$39.015.000.00	12/04/2012	Urbano	0,00	25,50	No	No	No
17	Bogotá	Bogota	Cl. 42 Sur N° 8A-34 Este	Lote en construcción	50S-40489539	100,00%	$466.133.400.00	25/04/2012	Urbano	1.515.00	257,01	No	No	No
18	Bogotá	Bogotá	Cl. 63D BIS Nº 24-48	Casa	50C-450674	100,00%	$279.381.000.00	15/05/2012	Urbano	201.7	206,2	No	No	No
19	Bogotá	Bogotá	Cl. 69 N° 7A-32 Apto. 302	Apartamento	50C-322068	100,00%	$356.417.600.00	11/07/2012	Urbano	0,00	135,52	No	No	No
20	Bogotá	Bogotá	Cl. 26 N° 3 A 47 Ap. 202	Apartamento	50C-37781	100,00%	$84.847.000.00	13/06/2012	Urbano	0,00	52,7	No	No	No
21	Bogotá	Bogotá	Cl. 115 N° 53-86 Apto. 504	Apartamento	50N686587	100,00%	$284.070.000.00	12/04/2012	Urbano	0,00	111,4	No	No	No
22	Bogotá	Bogotá	KR 4 N° 20-75 oficina 103	Oficina	50C-631557	100,00%	$15.206.400.00	13/06/2012	Urbano	0,00	15,84	No	No	No
23	Bogotá	Bogotá	KR 12B N° 17-80 Sur	Casa	50S-40050502	100,00%	$259.488.000.00	12/04/2012	Urbano	200,00	373,4	No	No	No
24	Bogotá	Bogotá	KR 91 N° 99 A-34 Int. 1 Apto. 604	Apartamento	50N-20352289	100,00%	$74.885.000.00	12/04/2012	Urbano			No	No	No
25	Boyacá	Duitama	CL 3 N° 21-10	Casa	074-22124	100,00%	$21.439.000.00	14/06/2012	Urbano	160,00	146,50	No	No	Sí
26	Caldas	La Dorada	CL 23 N° 2-37 Barrio Obrero	Casa	106-1398	100,00%	$34.400.000.00	12/06/2012	Urbano	143,00	90,00	No	No	Sí

No	Regional	Municipio	Dirección	Tipo de Inmueble	Nº Matrícula Inmobiliaria	Porcentaje de Propiedad	Avalúo Comercial % ICBF	Fecha Avalúo	Uso de Suelos	Área de Terreno (M^2)	Área de Construcción (M^2)	¿El Inmueble posee Gravámenes? Si/No	¿Existen Contratos que afecten el inmueble? Si/No	¿El Inmueble tiene poseedores o tenedores? Si/No
27	Caldas	Risaralda	Vereda la Cancana- Vereda Banderas	Finca	100138837	100.00%	$87.516.000.00	Pendiente	Agropecuario –Rural–	134.640.00	186,00	Si	No	Si
28	Chocó	Bojayá	KR 2 CON CL 5 Y 6	Lote	1809813	100.00%	$25.816.000.00	Pendiente	Urbano	1.844.00		No	No	No
29	Chocó	Bojayá	KR 1 N° 3-53	Casa	1801772	100.00%	$12.676.800.00	Pendiente	Urbano	231.20	118,00	No	No	No
30	Chocó	Cantón de San Pablo	KR 5 CON CL 4	Casa	1849858	100.00%	$22.652.410.00	Pendiente	Urbano	264.29	178,54	No	No	No
31	Chocó	Bahía Solano	CL 5 N° 4 -114	Lote	1860000572	100.00%	$22.652.410.00	Pendiente	Urbano	265.00	265,00	No	No	No
32	Córdoba	Sahagún	KR 5 N° 7-46, Sabaneta	Lote	148-47553	100.00%	$9.077.880.00	Pendiente	Urbano	1.332.85	76,37	No	No	No
33	Cundinamarca	Villeta	Vereda Cune	Finca	15613035	25.24%	$39.185.100.00	Pendiente	Rural	24.382.00	0,00	No	No	No
34	Huila	Neiva	KR 11 N° 2-12/14	Casa	200-132841	100.00%	$43.625.000.00	01/06/2012	Urbano	91.00	68,00	No	No	Si
35	Huila	Garzón	CL 8 N° 5-45	Casa	202-0003699	100.00%	$282.227.100.00	12/04/2012	Urbano	2.105.23	813,65	No	No	Si
36	Meta	Cubarral	Predio la Gaitana - Vereda San Miguel	Lote	232-1607	5.34%	$22.251.953.44	Pendiente	Rural	920.000.00	0,00	No	No	No
37	Meta	Villavicencio	KR 25 N° 34-09/11 Barrio San Isidro (NO PUDO ENTRAR IGAC)	Casa	230-47742	100.00%	$60.594.000.00	Pendiente	Urbano	123.36	62,50	No	No	Sí
38	Meta	Villavicencio	KR 30 N° 40-97 Barrio Centro	Casa	230-24110	100.00%	$56.988.000.00	13/12/2011	Urbano	110.50	78,50	No	No	Sí
39	Nariño	Ipiales	CL 1 N° 81 Calle Comercio	Casa	244-34933	100.00%	$30.642.000.00	Pendiente	Urbano	131.00	222,50	No	No	Sí
40	Nariño	La Cofradía	Predio la Cofradía de Piaun	Casalote	244-34934	100.00%	$19.922.253.00	Pendiente	Rural	92.511.00	0,00	No	No	Sí
41	Santander	San Gil	KR 11 N° 17-29, 17-31, 17-33	Lote	319-10995	100.00%	$255.600.000.00	18/09/2012	Urbano	284.00	0,00	No	No	No
42	Tolima	Líbano	CL 2 N° 13-60/78 Barrio Santa Rosa	Casa	411-0007574	100.00%	$10.144.480.00	Pendiente	Urbano	347.98	93,03	No	No	Sí
43	Tolima	Cajamarca	KR 3 N° 13-11/13	Casa	354-5075	100.00%	$25.414.800.00	Pendiente	Urbano	196.00	69,60	No	No	No
44	Tolima	Ibagué	Lote N°1 Cl 44 entre KR 6 y KR 5	Lote	350-131144	100.00%	$471.687.480.00	Pendiente	Urbano	1.191.13	0,00	No	No	No
45	Tolima	Ibagué	KR 5 N° 17-26 (Cl 17 n° 4-78)	Bodega	350-47179; 350-47219	0.22%	$1.822.692.00	Pendiente	Urbano	653.00	1.193,00	No	No	Si
46	Tolima	Mariquita	Vereda Guali	Finca	362-0014313	1.20%	$1.797.121.00	Pendiente	Rural	41.355.00	0,00	No	No	No
47	Valle	Corregimiento Borrero	Kilómetro 30 Dagua	Finca	370-38053	100.00%	$127.798.020.00	Pendiente	Rural	1.440.00	285,00	No	No	Si
48	Valle	Cali	KR 4B N° 42-34	Casa	370-181041	100.00%	$93.058.970.00	Pendiente	Urbano	223.39	145,00	No	No	Si
49	Valle	Cali	KR 23 N° 32-103	Casa	378-29484	100.00%	$26.185.387.00	Pendiente	Urbano	60.35	52,00	No	No	Si
50	Valle	Palmira	KR 35 N° 31-74	Bodega	378-624	9.00%	$68.611.991.00	Pendiente	Urbano	2.377.50	2.377,50	No	No	Si
51	Valle	Candelaria	KR 3B N° 4-87 Lote N° 16 Mz 29	Lote	378-113771	22.19%	$1.489.291.00	Pendiente	Urbano	148.40	0,00	No	No	Si
52	Valle	Candelaria	KR 3ª N° 4-68 Lote N° 2 Mz 29	Lote	378-113757	80.31%	$3.815.813.00	Pendiente	Urbano	105.00	0,00	No	No	No
53	Valle	Buenaventura	DG 3 N° 3A-72	Casalote	372-01414	100.00%	$115.000.000.00	Pendiente	Urbano	122.00	137,89	No	Si	Si

(C. F.).

RESOLUCIÓN NÚMERO 07801 DE 2012

(octubre 25)

por la cual se suprime el Comité de Costos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Cecilia de la Fuente de Lleras y se deroga una Resolución.

El Director General del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Cecilia de la Fuente de Lleras, en uso de sus facultades constitucionales y legales, en especial las consagradas en el artículo 78 de la Ley 489 de 1998 y el Decreto 987 de 2012, y

CONSIDERANDO:

Que el artículo 209 de la Constitución Política establece que la función administrativa debe estar al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad mediante la descentralización, delegación y desconcentración de funciones.

Que mediante Resolución número 3622 de agosto 23 de 2011, se creó el Comité de Costos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Cecilia de la Fuente de Lleras, con el fin de definir y aprobar las estrategias, las políticas, modelos de costeo, costos estándar y los precios de referencia base.

Que mediante el Decreto número 4155 del 3 de noviembre de 2011 y de conformidad con lo establecido en el inciso 2° del artículo 170 de la Ley 1448 de 2011 se transformó el establecimiento público Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional (Acción Social), en el Departamento Administrativo para la Prosperidad Social como organismo principal de la administración pública del Sector Administrativo de Inclusión Social y Reconciliación.

Que mediante el Decreto número 4156 del 3 de noviembre de 2011 se determinó la adscripción del ICBF al Departamento Administrativo para la Prosperidad Social –DPS–formando parte del Sector Administrativo de la Inclusión Social y Reconciliación.

Que mediante el Decreto número 987 del 14 de mayo de 2012 por el cua se establece la nueva estructura del ICBF y se determinan las funciones de sus dependencias, se definieron por medio del artículo 16 las funciones de la Dirección de Logística y Abastecimiento, en el cual se señaló como función 6: "Adelantar las investigaciones de mercado del ICBF, requeridas para la selección de los proveedores y como función 7: "Desarrollar en coordinación con las dependencias interesadas, los modelos de costos y tarifas para cada uno de los programas y servicios del Instituto, y de los demás requeridos para el cumplimiento de las funciones de la Entidad".

Que para desarrollar el Proyecto Estratégico del Sistema de Gestión Integral del Conocimiento y la Innovación, definido en el Mapa Estratégico de la Entidad el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Cecilia de la Fuente de Lleras, ICBF–, ha definido la Estrategia Permanente de Innovación y Cambio Organizacional – EPICO, la cual tiene un componente de innovación y racionalización de procedimientos, con el fin de convertir a ICBF en una entidad moderna y eficiente apreciada por los Colombianos.

Que mediante Resolución número 3042 del 29 de junio de 2012, por medio de la cual se aprueba el Manual del Sistema integrado de gestión y los Macroprocesos y Procesos del ICBF, se definió el proceso de Gestión Logística y Abastecimiento, a partir del cual se generó y aprobó el instructivo IT1.MPA1.P4, Realización de Estudio de mercado, en el cual se establecen las responsabilidades de elaboración y aprobación de los modelos de costos del ICBF, por lo que las funciones del Comité de Costos, se encuentran actualmente asignadas a la Dirección de Logística y Abastecimiento.

Que en mérito de lo anterior,

RESUELVE:

Artículo 1°. Suprimir el Comité de Costos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Cecilia de la Fuente de Lleras, de acuerdo con lo señalado en la parte motiva de la presente resolución.

Artículo 2°. La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga la Resolución número 3622 de agosto de 2011 y las demás disposiciones que le sean contrarias.

Publíquese, comuníquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 25 de octubre de 2012.

El Director General,

Diego Andrés Molano Aponte.

(C. F.).

CORPORACIONES AUTÓNOMAS REGIONALES

Corporación Autónoma Regional de los Valles del Sinú y del San Jorge

RESOLUCIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO 141 DE 2012

(agosto 9)

por la cual se otorga un permiso de Aprovechamiento Forestal Doméstico.

El Jefe División Calidad Ambiental de la Corporación Autónoma Regional de los Valles del Sinú y del San Jorge (CVS), en ejercicio de las facultades conferidas mediante Resolución 1.2501 de fecha 25 de agosto de 2008 y las modificaciones hechas en la Resolución 1.4165 del 30 de abril del 2010 y

CONSIDERANDO:

(…)

RESUELVE:

Artículo 1°. Conceder al señor Carlos Manuel Soto Ortiz identificado con la cédula de ciudadanía número 78021823 de Cereté, permiso para que realice el Aprovechamiento Forestal Doméstico que ha solicitado de quince (15) árboles pertenecientes a la especie forestal Roble *(T. rosea),* localizados en el predio denominado La Dicha, Vereda Belén del municipio de San Pelayo, departamento de Córdoba.

Artículo 2°. El Permisionado tendrá un término de treinta (30) días contados a partir de la ejecutoria del presente acto, para extraer los productos forestales autorizados.

Artículo 3°. Los árboles caracterizados son:

ESPECIE	DAP (m)	ALTURA COMERCIAL (m)	VOLUMEN (m^3)
Roble *(T. rosea)*	0,57	8	1,44
Roble *(T. rosea)*	0,51	8	1,14
Roble *(T. rosea)*	0,54	7	1,13
Roble *(T. rosea)*	0,45	7	0,76
Roble *(T. rosea)*	0,57	7	1,26
Roble *(T. rosea)*	0,54	8	1,27
Roble *(T. rosea)*	0,45	7	0,76
Roble *(T. rosea)*	0,48	7	0,88
Roble *(T. rosea)*	0,51	7	1,00
Roble *(T. rosea)*	0,48	7	0,88
Roble *(T. rosea)*	0,45	7	0,76
Roble *(T. rosea)*	0,48	8	1,00
Roble *(T. rosea)*	0,48	7	0,88
Roble *(T. rosea)*	0,41	7	0,66
Roble *(T. rosea)*	0,52	8	1,17
TOTAL			**14.99**

Artículo 4°. El permisionado asume toda la responsabilidad por daños o accidentes que se causen a terceros, como consecuencia del aprovechamiento de los maderables.

Especialmente, el autorizado se compromete a evitar daños a la fauna asociada a los individuos a intervenir, para lo cual se deberá identificar la fauna y los nidos que llegaran a encontrarse en el mismo y coordinar con el CAV en caso de ser necesaria su reubicación, para determinar las técnicas adecuadas para su manejo, protección y traslado.

Artículo 5°. Como medida de compensación el autorizado se compromete a la reposición de diez (10) árboles por cada árbol cortado de especies nativas, los cuales deben ser sembrados una vez sean talados los árboles en los sitios que así lo permitan o zonas aledañas a la misma. Esta siembra deberá realizarse teniendo en cuenta la época de lluvia para garantizar su resultado, el mantenimiento lo realizará el autorizado y deberá presentar informe (material probatorio), ante la Corporación CVS para así constatar la compensación.

Artículo 6°. El permisionado cancelará a la Corporación la suma de ciento cincuenta y cuatro mil novecientos veinticinco pesos con ochenta y cinco centavos ($154.925,85), por concepto de tasas por aprovechamiento, en el Banco de Bogotá, cuenta de ahorro número 438-512212, a nombre de la CVS.

Artículo 7°. El señor Carlos Manuel Soto Ortiz, deberá realizar la publicación del presente acto administrativo, a través de la Imprenta Nacional, para lo cual el interesado deberá cancelar la suma de treinta y cuatro mil novecientos pesos ($34.900), por concepto de publicación en el ***Diario Oficial***, en el Banco Agrario a nombre de la Imprenta Nacional de Colombia. Corporación Autónoma Regional de los Valles del Sinú y del San Jorge, CVS, con NIT. 891000627-0.

Artículo 8°. Desígnese a la Subsede Sinú Medio CVS, para que expida los salvoconductos correspondientes y realice visitas de control, seguimiento y monitoreo en cualquier momento para verificar el correcto aprovechamiento y cumplimiento de las obligaciones impuestas en el presente acto administrativo.

Artículo 9°. El interesado podrá solicitar prórroga, con quince (15) días de anticipación al vencimiento de la misma.

Artículo 10. De conformidad con el Decreto 1791 de 1996 y la presente providencia, la única persona designada para firmar los salvoconductos será el señor Carlos Manuel Soto Ortiz.

Artículo 11. Utilizar el salvoconducto expedido por la Subsede Sinú Medio CVS, únicamente para movilizar los volúmenes de madera amparados bajo la presente resolución.

Artículo 12. La violación de las normas ambientales y las contempladas en la presente resolución serán sancionadas de conformidad con la ley y las Resoluciones número 1.2501 de fecha 25 de agosto de 2008 y las modificaciones hechas en la Resolución 1-4165 del 30 de abril del 2010, expedidas por la CVS.

Artículo 13. Notificar personalmente al apoderado el contenido de la presente resolución o en su defecto por edicto al señor Carlos Manuel Soto Ortiz, acorde con los términos del artículo 14 y 15 del Código Contencioso Administrativo.

Artículo 14. Para la notificación el interesado deberá cancelar la suma de treinta y cuatro mil novecientos pesos ($34.900), por concepto de publicación en el ***Diario Oficial***, en el Banco Agrario, a nombre de la Imprenta Nacional de Colombia. Corporación Autónoma Regional de los Valles del Sinú y del San Jorge, CVS, con NIT. 891000627-0.

Artículo 15. Contra la presente resolución proceden los recursos de Reposición, ante el Jefe de la División de Calidad Ambiental de la Corporación, y de Apelación, ante el Director

General de la CVS, los cuales podrán interponerse dentro de los cinco (5) días siguientes a la notificación o la desfijación del edicto si a ello hubiere lugar, de acuerdo con los requisitos establecidos en el artículo 52 y concordantes del Código Contencioso Administrativo.

Artículo 16. Envíese copia de la presente resolución a la subsede CVS, según su jurisdicción, para así hacer el seguimiento correspondiente al procedimiento acordado en la presente resolución y preséntese informe a la oficina de Calidad Ambiental CVS.

Artículo 17. La presente resolución rige a partir de su ejecutoria.

Notifíquese, comuníquese, publíquese y cúmplase.

División de Calidad Ambiental CVS,

Rafael Espinosa Forero.

Imprenta Nacional de Colombia. Recibo Banco Agrario de Colombia 0466685. 14-VIII-2012. Valor $34.900.

RESOLUCIÓN NÚMERO 143 DE 2012

(julio 16)

por la cual se autoriza la Tala de diez (10) árboles.

El Jefe de División Calidad Ambiental de la Corporación Autónoma Regional de los Valles del Sinú y del San Jorge (CVS), en ejercicio de las facultades conferidas mediante Resolución 1.2501 de fecha 25 de agosto de 2008 y las modificaciones hechas en la Resolución 1.4165 del 30 de abril del 2010 y

CONSIDERANDO:

(…)

RESUELVE:

Artículo 1°. Autorizar al señor Carlos Mejía Gutiérrez identificado con la cédula de ciudadanía número 98543900 de Envigado, representante legal del Consorcio Urbanismo Montería, o su apoderado par la TALA de quince (15) árboles, de los cuales uno (01) pertenece a la especie nativa Hobo (*S mombin),* dos (2) son Campanos (S. *saman),* dos (2) Trupillos *(P. julifora),* Tres (3) Ñipi (*S. aucuparium),* tres (3) Tecas *(T. grandis),* un (0) Algarrobo *(H. courbaril),* un (1) Roble (*T. rosea),* un (1) Camajon (*S. apetala)* y un (1) Orejero *(E. cyclocarpum),* los cuales se encuentran debidamente identificados de acuerdo a las recomendaciones realizadas durante la visita, y están ubicados en la zona donde se llevan a cabo las obras de Construcción, Adecuación de Zonas externas del Estadio de Fútbol Profesional y Construcción Parque La Perla del Sinú del PR 43 + 000 L.D Vía Planeta Rica, Montería. Dicha actividad se debe realizar teniendo en cuenta los aspectos contemplados en el concepto técnico rendido, conforme lo expuesto en la parte motiva del presente proveído, para lo cual se concede un término no superior a treinta (30) días una vez esté en firme el presente acto administrativo.

Parágrafo Único. Previo al desarrollo de las actividades autorizadas el autorizado deberá presentar a la División de calidad Ambiental de la CVS, si no lo ha presentado, un plan de compensación detallado de establecimiento y mantenimiento de los arboles a reponer, por un término de 18 meses, de conformidad a lo establecido en el artículo sexto de la presente resolución.

Artículo 2°. Se deberá realizar la tala y poda de los árboles autorizados en los términos indicados, dando un manejo adecuado a los residuos del aprovechamiento, los cuales en ningún caso se podrán comercializar, pero sí podrán ser destinados para su uso en las obras adelantadas y en el sitio donde se realice el aprovechamiento. De igual forma no se podrá ceder, enajenar y/o traspasar el permiso.

Parágrafo. En todo caso, el Autorizado deberá remitir un oficio dirigido a la División de Calidad Ambiental CVS, donde certifique el destino dado a los residuos del aprovechamiento dentro de los quince (15) días siguientes a la culminación de las actividades autorizadas.

Artículo 3°. Los árboles caracterizados son:

Especie	Altura aprox. (m)	Diámetro (cm)	Volumen aprox. (m^3)	ACTIVIDAD AUTORIZADA
Teca (*T. grandis*)	12	0,45	1.31	TALA
Teca (*T. grandis*)	12	0,45	1.31	TALA
Teca (*T. grandis*)	12	0,59	1.71	TALA
Roble *(T. rosea)*	8	0,29	0.36	TALA
Campano (*S. saman*)	12	1,02	6.84	TALA
Campano (*S. saman*)	10	0,80	3.48	TALA
Ñipi (*S. aucuparium*)	8	0,48	1.00	TALA
Orejero (*E. cyclocarpum*)	10	0,67	2.46	TALA
Camajon (*S. apetala*)	12	0,80	4.18	TALA
Algarrobo (*H. courvaril*)	6	0,45	0.66	TALA
Trupillo (*P. julifora*)	6	0,51	0.86	TALA
Trupillo (*P. julifora*)	6	0,57	1.08	TALA
Hobo (*S. mombin*)	10	0,51	1.43	TALA
Ñipi (*S. aucuparium*)	8	0,38	0.64	TALA
Ñipi (*S. aucuparium*)	8	0,29	0.45	TALA
TOTAL			**27.77**	

Artículo 4°. Durante las actividades se deberá contar con las medidas de seguridad apropiadas, realizando cerramiento del área de influencia de los trabajos con cinta de protección.

Una vez realizadas las actividades autorizadas, el titular del permiso deberá retirar inmediatamente el material vegetal de desecho de los árboles aprovechados, el cual tendrá que ser cargado y transportado a los sitios de disposición final o escombrera Municipal. Los trabajos realizados durante las actividades autorizadas deberán ejecutarse de tal manera que no causen daño a otras especies, transeúntes y/o estructuras. Igualmente se deberá coordinar con los entes encargados de la administración de los servicios públicos el retiro de acometidas o cables que sean necesarios para llevar a cabo dichos trabajos.

Especialmente, el autorizado se compromete a evitar daños a la fauna asociada a los individuos a intervenir, para lo cual deberá identificar la fauna y los nidos que llegaran a encontrarse en los mismos y dar aviso a la CVS en caso de ser necesaria su reubicación, para determinar las técnicas adecuadas para su manejo, protección y traslado.

Artículo 5°. La Corporación CVS, no asume la responsabilidad de daños que llegaren a causarse en desarrollo de las actividades de poda, tala y movilización de productos, estos daños serán de responsabilidad exclusiva del autorizado a través de esta actuación administrativa.

Parágrafo. Se advierte al autorizado que en caso de incumplimiento a las condiciones y obligaciones expuestas por medio de esta resolución, se aplicará las sanciones, tal como se encuentra establecido en la Ley 1333 de 2009, por la cual se establece el procedimiento sancionatorio ambiental.

Artículo 6°. Como medida de compensación el autorizado se compromete a la reposición de diez (10) árboles por cada árbol cortado, para un total de ciento cincuenta (150) árboles de especies nativas y ornamentales de acuerdo a lo recomendado en el informe técnico 2012-075; los cuales deberán ser sembrados una vez sea realizada la tala en los sitios que así lo permitan o zonas aledañas a la misma. Sin embargo, esta siembra deberá realizarse teniendo en cuenta la época de lluvia o el uso de riego para garantizar el establecimiento de los individuos. El mantenimiento posterior lo realizará el autorizado al menos durante dieciocho (18) meses y deberá presentar informe (material probatorio), ante la Corporación CVS para así constatar la compensación.

Artículo 7°. Envíese copia de la siguiente resolución a la subsede CVS, según su jurisdicción, para que realice visitas de control, seguimiento y monitoreo en cualquier momento con el fin de verificar el correcto aprovechamiento y cumplimiento de las obligaciones impuestas en el presente acto administrativo, y preséntese informe a la oficina de Calidad Ambiental CVS.

Artículo 8°. La violación de las normas ambientales y las contempladas en la presente resolución serán sancionadas de conformidad con el artículo 85 de la Ley 99 de 1993 y las Resoluciones numero 1.2501 de fecha 25 de agosto de 2008 y las modificaciones hechas en la Resolución 1.4165 del 30 de abril del 2010, expedidas por la CVS.

Artículo 9°. Notificar al señor Carlos Mejía Gutiérrez identificado con la cédula de ciudadanía, número 98543900 de Envigado, representante legal del Consorcio Urbanismo Montería, en los términos del artículo 70 de la Ley 99 de 1993, en concordancia con los artículos 44 y 45 del Código Contencioso Administrativo, en forma personal o en su defecto por edicto fijado después de la citación, por un término de diez (10) días hábiles en lugar visible de la Corporación CVS.

Artículo 10. El beneficiario del permiso de Aprovechamiento Forestal autorizado mediante el presente acto administrativo deberá cancelar por concepto de explotación del recurso natural, las tarifas que establezcan el Gobierno Nacional y la CVS.

Artículo 11. Para la notificación el interesado deberá cancelar la suma de treinta y cuatro mil novecientos pesos ($34.900), por concepto de publicación en el ***Diario Oficial***, en el Banco Agrario, a nombre de la Imprenta Oficial de Colombia. Corporación Autónoma Regional de los Valles del Sinú y del San Jorge, CVS, con NIT. 891000627-0.

Artículo 12. El encabezamiento y parte resolutiva de la presente resolución se publicará por cuenta del interesado dentro de los diez (10) días siguientes a su ejecutoria en el ***Diario Oficial***, considerándose cumplido este requisito, con la presentación del debido comprobante de pago, para los efectos dispuestos en el artículo 46 del Código Contencioso Administrativo.

Artículo 13. Contra la presente resolución proceden los recursos de Reposición, ante el Jefe de la División de Calidad Ambiental de la Corporación, y de Apelación, ante el Director General de la CVS, los cuales podrán interponerse dentro de los cinco (5) días siguientes a la notificación o la desfijación del edicto si a ello hubiere lugar, de acuerdo con los requisitos establecidos en el artículo 52 y concordantes del Código Contencioso Administrativo.

Artículo 14. La presente resolución rige a partir de la fecha de su ejecutoria.

Notifíquese, publíquese y cúmplase.

El Jefe División de Calidad Ambiental CVS,

Rafael Espinosa Forero.

Imprenta Nacional de Colombia. Recibo Banco Agrario de Colombia 0466694. 3-IX-2012. Valor $34.900.

VARIOS

Secretaría de Salud de Santander

Resoluciones

RESOLUCIÓN NÚMERO 007757 DE 2012

(junio 8)

por el cual se otorga una credencial de expendedor de drogas.

El Secretario de Salud de Santander, en uso de sus facultades legales, y

CONSIDERANDO:

Que, Johanna Rivera Medina, identificada con cédula de ciudadanía número 63504821 expedida en Bucaramanga (Santander), solicitó la expedición de la Credencial que la acredita como Expendedor de Drogas.

Que, revisado los documentos aportados, se constató que estos cumplen con los requisitos exigidos en la Ley 8 de 1971, Decreto 1070 d 1990 y Resolución 13370 de 1990, expedidos por el Ministerio de Salud.

Que en virtud de lo anterior, el Secretario de Salud de Santander,

RESUELVE:

Artículo 1°. Otórguesele **la Credencial de Expendedor de Drogas** a Johanna Rivera Medina, identificada con cédula de ciudadanía número 63504821 expedida en Bucaramanga (Santander), la cual la faculta para dirigir un establecimiento denominado **Droguería.**

Artículo 2°. Esta Credencial No Faculta a su titular, ejercer actos propios del ejercicio de la Farmacia y la Medicina.

Artículo 3°. La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición y contra ella proceden los recursos de ley, los cuales se podrán interponer dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación.

Notifíquese, publíquese y cúmplase.

Dada en Bucaramanga, a 8 de junio de 2012.

El Secretario de Salud de Santander,

Ricardo Flórez Rueda.

Imprenta Nacional de Colombia. Recibo Banco Agrario de Colombia 0854794. 13-VIII-2012. Valor $32.200.

RESOLUCIÓN NÚMERO 011671 DE 2012

(agosto 8)

por el cual se otorga una Credencial de Expendedor de Drogas.

El Secretario de Salud de Santander, en uso de sus facultades legales, y

CONSIDERANDO:

Que, Alba Díaz Poveda, identificada con cédula de ciudadanía número 63275009 expedida en Bucaramanga (Santander), solicitó la expedición de la Credencial que la acredita como Expendedor de Drogas.

Que, revisado los documentos aportados, se constató que éstos cumplen con los requisitos exigidos en la Ley 8ª de 1971, Decreto 1070 de 1990 y Resolución 13370 de 1990, expedidos por el Ministerio de Salud.

Que en virtud de lo anterior, el Secretario de Salud de Santander,

RESUELVE:

Artículo 1°. Otórguesele la **Credencial de Expendedor de Drogas** a Alba Díaz Poveda, identificada con cédula de ciudadanía número 63275009 expedida en Bucaramanga (Santander), la cual la faculta para dirigir un establecimiento denominado **Droguería.**

Artículo 2°. Esta Credencial No Faculta a su titular, ejercer actos propios del ejercicio de la Farmacia y la Medicina.

Artículo 3°. La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición y contra ella proceden los recursos de ley, los cuales se podrán interponer dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación.

Notifíquese, publíquese y cúmplase.

Dada en Bucaramanga, a 8 de agosto de 2012.

El Secretario de Salud de Santander,

Original firmado *Ricardo Flórez Rueda.*

Imprenta Nacional de Colombia. Recibo Banco Agrario de Colombia 0854573. 14-VIII-2012. Valor $32.200.

RESOLUCIÓN NÚMERO 011672 DE 2012

(agosto 8)

por el cual se otorga una Credencial de Expendedor de Drogas.

El Secretario de Salud de Santander, en uso de sus facultades legales, y

CONSIDERANDO:

Que, Esperanza Prada Ochoa, identificada con cédula de ciudadanía número 37723590 expedida en Bucaramanga (Santander), solicitó la expedición de la Credencial que la acredita como Expendedor de Drogas.

Que, revisado los documentos aportados, se constató que estos cumplen con los requisitos exigidos en la Ley 8ª de 1971, Decreto 1070 de 1990 y Resolución 13370 de 1990, expedidos por el Ministerio de Salud.

Que en virtud de lo anterior, el Secretario de Salud de Santander,

RESUELVE:

Artículo 1°. Otórguesele la **Credencial de Expendedor de Drogas** a Esperanza Prada Ochoa, identificada con cédula de ciudadanía número 37723590 expedida en Bucaramanga (Santander), la cual la faculta para dirigir un establecimiento denominado **Droguería.**

Artículo 2°. Esta Credencia; No Faculta a su titular, ejercer actos propios del ejercicio de la Farmacia y la Medicina.

Artículo 3°. La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición y contra ella proceden los recursos de ley, los cuales se podrán interponer dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación.

Notifíquese, publíquese y cúmplase.

Dada en Bucaramanga, a 8 de agosto de 2012.

El Secretario de Salud de Santander,

Original firmado *Ricardo Flórez Rueda.*

Imprenta Nacional de Colombia. Recibo Banco Agrario de Colombia 0854574. 14-VIII-2012. Valor $32.200.

Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio
Oficina de Prestaciones Sociales de Bogotá

Edictos

El Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio,

AVISA QUE:

Leonardo Piedrahíta, identificado con cédula de ciudadanía número 16206017 de Cartago, Sandra Lorena Piedrahíta Silva, identificada con cédula de ciudadanía número 52881221 de Bogotá, D. C., en calidad de hija, Leonardo Piedrahíta Silva, identificado con cédula de ciudadanía número 103234646 de Bogotá D. C., en calidad de hijo, han solicitado al Fondo Prestacional del Magisterio, mediante Radicado E-2012-166934 del 8-10-2012, el reconocimiento, sustitución y pago de las prestaciones socioeconómicas que puedan corresponder a la señora Rosmira Silva Aristizábal, identificada con cédula de ciudadanía número 29392771 de Cartago (Q.E.D), fallecida el día 5 de julio de 2012. Toda persona que se crea con igual o mejor derecho deberá hacerlo valer ante el Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio de Bogotá, D. C., dentro de los treinta (30) y quince (15) días siguientes a la publicación del primer y segundo aviso respectivamente.

La Profesional Universitaria,

Luz Elena Cortés Castellanos.

Fondo Prestacional del Magisterio de Bogotá, D. C.

Radicación No. S-2012-137197.

Imprenta Nacional de Colombia. Recibo 21201861. 01-XI-2012. Valor $32.200.

Avisos judiciales

El suscrito Secretario del Juzgado Primero Promiscuo de Familia de Arauca (Arauca),

CITA Y EMPLAZA:

Al señor Jeison Rodrigo Martínez Cárdenas y a todas aquellas personas que de una u otra forma tengan información sobre su paradero, para que comparezca, o lo hagan comparecer a

Haga sus solicitudes vía e-mail

prof_mventas@imprenta.gov.co

este Despacho, ubicado en la Carrera 20, Calle 20. Esquina Segundo Piso. Edificio La Romana de Arauca – Arauca, con el fin de recibir notificación de la demanda de muerte presunta por desaparecimiento promovida por el señor Rodrigo Martínez.

Para los efectos indicados en el artículo 97 del Código Civil, se transcribe a continuación apartes de los hechos de la demanda:

1. Los señores Rodrigo Martínez y Martha Elena Cárdenas Orozco, convivieron en unión libre, durante tres años a partir de septiembre de 1987, quienes durante su convivencia procrearon un hijo Jeison Rodrigo Martínez Cárdenas, nacido el 22 de septiembre de 1989, teniendo la calidad de hijo extramatrimonial.

2. La señora Martha Elena Cárdenas Orozco y su menor hijo Jeison Rodrigo Martínez Cárdenas, tuvieron su domicilio permanente y asiento principal de sus negocios en esta ciudad, hasta el 4 de junio de 1993, fecha en la cual se ausentó y no se sabe noticias de ellos, al parecer definitivamente.

3. Desde la anterior fecha hasta el día de la formulación de esta demanda ninguna noticia se ha tenido de la señora y su hijo.

4. Desde la fecha en que se ausentó hasta hoy han transcurrido más de dos años y a pesar de las constantes diligencias investigativas tanto oficiales como particulares, no se ha podido obtener información sobre el paradero de los mencionados señores, máxime cuando en el Juzgado Primero de Familia existen títulos judiciales a favor del entonces menor hijo del demandante, sin que se presenten a reclamarlos ni él ni su señora madre.

5. Al tiempo de su desaparecimiento, el menor Jeison Rodrigo Martínez Cárdenas, aparecía como beneficiario de una cuota alimentaria, así como el subsidio familiar, créditos que se encuentran a disposición del Juzgado Primero Promiscuo de Familia de Arauca, según expediente 1993-931.

6. El señor Rodrigo Martínez, como padre del desaparecido, ha venido cumpliendo con la cuota alimentaria, hasta el día 9 de julio de 20108, cuando solicitó su terminación, porque el menor cumplió su mayoría de edad y además nunca ha retirado las cuotas puestas a su disposición a través del despacho judicial mencionado.

7. Se encuentran cumplidos los plazos y circunstancias exigidas por la ley para la declaración de muerte presunta por desaparecimiento de su hijo Jeison Rodrigo Martínez Cárdenas.

8. La señora Martha Elena Cárdenas Orozco y su menor hijo Jeison Rodrigo Martínez Cárdenas, hasta el tiempo en que se ausentaron, era soltera y carecían de ascendientes y descendientes legítimos y naturales, razón por la cual, mi poderdante, por ser el padre, tiene derecho a solicitar la declaración judicial de muerte presunta por desaparecimiento de su hijo, por lo que me ha conferido poder especial para entablar la demanda respectiva. Frente a la señora Martha Elena Cárdenas Orozco, madre del hijo de mi prohijado, a pesar de haberme otorgado poder para demandar su muerte presunta, no se solicitará en esta oportunidad en tanto mi cliente no tiene ningún parentesco de consanguinidad, ni civil que lo habilite o legitimen para solicitar su declaración de muerte.

9. En anterior oportunidad el Juzgado Segundo de Familia de este Circuito, había rechazado la presente demanda con los siguientes argumentos de uno de los requisitos especiales contemplados en el artículo 97 del Código Civil, como lo es la denuncia o los mecanismos agotados para averiguar el paradero del desaparecido y que permitan determinar que han transcurrido más de dos (2) años sin tener conocimiento del paradero del desaparecido, así mismo el poder contiene expreso mandato para demandar por desaparecimiento de dos personas, mientras que la demanda se dirige por desaparecimiento de una sola, sumado al hecho que una de las personas referidas en el mandato, no se acredita la legitimación que le asiste al demandante para invocar esta petición".

10. El honorable Tribunal Superior de Distrito Judicial de Arauca, en providencia de segunda instancia del 18 de diciembre del año 2009, solo admitió la falencia respecto a la no acreditación del parentesco entre el accionante y el señor Jeison Rodrigo Martínez. Por lo anterior en la presente oportunidad se aporta copia auténtica del registro civil del señor Jeison Rodrigo Martínez Cárdenas, donde se acredita de forma legal su calidad de hijo del accionante.

Para los efectos indicados en los artículos 97, 656 numeral 2 literal a), del Código Civil 657 y 318 del Código de Procedimiento Civil, se fija el presente edicto en un lugar público de la secretaría del Juzgado, por el término de veinte (20) días, hoy once (11) de octubre de dos mil doce (2012), dentro de la hora de las 8:00 de la mañana.

Jimmy Hernán Durán Romero.

Imprenta Nacional de Colombia. Recibo Banco Agrario de Colombia 0830868. 7-XI-2012. Valor $32.200.

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

Diario Oficial
Cupón de Suscripción

Nombre o razón social:
Apellidos:
C.C. o NIT. No.:
Dirección envío:
Teléfono: Fecha:
Ciudad:
Departamento:

Los pagos podrán efectuarse así: Davivienda cuenta de ahorros número 001969999539; Banco Agrario cuenta número 3192000339-4, a favor de la **Imprenta Nacional de Colombia,** en el formato indicado para tal fin que se encuentra disponible en los bancos mencionados.

Tarjeta de Crédito:
☐ Visa

Suscripción nueva Renovación
Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐

Valor suscripción anual: $180.100.00 - Bogotá, D. C.
$180.100.00 - Otras ciudades, más los portes de correo
Suscripción electrónica nacional: $180.100.00
Suscripción electrónica internacional: $263.600.00

Suscripción Anual

En caso de consignación, favor remitirla vía fax al 4578034 adjuntando este cupón. Para mayor información, dirigirse a la carrera 66 Nº 24-09 (Av. Esperanza con Av. 68), Imprenta Nacional de Colombia-Grupo de Promoción y Divulgación, o comunicarse con nuestra línea de Servicio al Cliente: 4578044.

CONTENIDO

MINISTERIO DE CULTURA — Págs.

Resolución número 2744 de 2012, por la cual se fijan los lineamientos requeridos por el Ministerio de Cultura para la entrega de la Maleta de Películas a las entidades territoriales y/o Bibliotecas Públicas. ... 1

Resolución número 2745 de 2012, por la cual se modifica la Resolución número 1766 del 13 de agosto de 2012. ... 4

Resolución número 2752 de 2012, por la cual se acoge el acta del veredicto de los jurados para la convocatoria del capítulo de Artes: Becas de circulación nacional e internacional para artistas y agentes de las artes visuales – III Ciclo y se ordena el desembolso de los estímulos a favor de los ganadores. ... 5

Resolución número 2753 de 2012, por la cual se acoge el acta del veredicto de los jurados para la convocatoria del capítulo de Artes: Becas de circulación internacional para creadores, investigadores y emprendedores del área de literatura – III Ciclo y se ordena el desembolso de los estímulos a favor de los ganadores ... 5

SUPERINTENDENCIAS
Superintendencia Nacional de Salud

Resolución número 003393 de 2012, por medio de la cual se aprueba el plan de atención complementaria en casa, presentado por la entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo Nueva EPS S. A., identificada con el NIT. 900.156.264-2. ... 6

Establecimientos Públicos
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Dirección General

Resolución número 07565 de 2012, por la cual se suprime el Comité de Investigación y Desarrollo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Cecilia de la Fuente de Lleras, y se derogan unas resoluciones ... 19

Resolución número 07566 de 2012, por la cual se actualiza el Plan de Enajenación Onerosa del ICBF. ... 19

Resolución número 07801 de 2012, por la cual se suprime el Comité de Costos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Cecilia de la Fuente de Lleras y se deroga una Resolución. ... 21

CORPORACIONES AUTÓNOMAS REGIONALES
Corporación Autónoma Regional de los Valles del Sinú y del San Jorge

Resolución número 141 de 2012, por la cual se otorga un permiso de Aprovechamiento Forestal Doméstico. ... 21

Resolución número 143 de 2012, por la cual se autoriza la Tala de diez (10) árboles. ... 22

VARIOS
Secretaría de Salud de Santander

Resolución número 007757 de 2012, por el cual se otorga una credencial de expendedor de drogas ... 22

Resolución número 011671 de 2012, por el cual se otorga una Credencial de Expendedor de Drogas ... 23

Resolución número 011672 de 2012, por el cual se otorga una Credencial de Expendedor de Drogas ... 23

Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio
Oficina de Prestaciones Sociales de Bogotá

El Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, avisa que Leonardo Piedrahíta, Sandra Lorena Piedrahíta Silva en calidad de hija, Leonardo Piedrahíta Silva, en calidad de hijo, han solicitado al Fondo Prestacional del Magisterio el reconocimiento, sustitución y pago de las prestaciones socioeconómicas que puedan corresponder a Rosmira Silva Aristizábal. ... 23

Avisos judiciales

El Secretario del Juzgado Primero Promiscuo de Familia de Arauca (Arauca), cita y emplaza a Jeison Rodrigo Martínez Cárdenas. ... 23